1975

Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

No 19

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Leopold LARREUR

NE LE 30 NOVEMBRE 1936 A BOUGIVAL

Presentée et soutenue publiquement le 1975

PLACE DES PROTHESES CUTANEES, EN PARTICULIER LES FRONDES EN "Y", PAR VOIE MIXTE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES INCONTINENCES URINAIRES D'EFFORT ASSOCIES AUX PROLAPSUS

ANALYSE DE 31 OBSERVATIONS

PRESIDENT : M. MAILLARD, PROFESSEUR

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548103_0018

Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Leopold LARREUR

NE LE 30 NOVEMBRE 1936 A BOUGIVAL

Presentée et soutenue publiquement le 1973

PLACE DES PROTHESES CUTANEES, EN PARTICULIER LES FRONDES EN "Y", PAR VOIE MIXTE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES INCONTINENCES URINAIRES D'EFFORT ASSOCIES AUX PROLAPSUS

ANALYSE DE 31 OBSERVATIONS

PRESIDENT : M. MAILLARD, PROFESSEUR

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean SENEZE, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour :
l'enseignement qu'il nous a dispensé pendant plusieurs années.
Et surtout pour l'aide qu'il nous a apporté dans la rédaction de cette thèse dont il fut l'instigateur.

Qu'il soit très sincèrement remercié ici pour ses conseils éclairés tout au long de ce travail et en particulier pour la rédaction du chapitre concernant la technique chirurgicale, nul n'était mieux placé que lui pour nous aider à exposer le détail de ces gestes délicats. Par ailleurs, ses dossiers personnels nous ont permis de mieux illustrer cet exposé.

La valeur de son exemple nous sera très longtemps profitable.

Nous remercions Monsieur le Docteur MAILLARD,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
BICHAT-BEAUJON

qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter

présidence de cette thèse.

Nous tenons à remercier particulièrement Monsieur le Professeur Agrégé J. THOYER-ROZAT

pour la courtoisie de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service,
au cours d'un semestre d'externat et de quatre années de spécialités.

Il a toujours sû nous faire profiter de sa haute compétence avec une bienveillante indulgence.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOS MAITRES

De STAGES :

Messieurs les Professeurs POILLEUX, DE GENNES, FAIVRE

D'EXTERNAT :

Messieurs les Professeurs SICARD, et MERCADIER

Messieurs les Docteurs LESOBRE, BENDA, Médecins des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LAZARD, Chirurgien de l'Hôpital d'ARGENTEUIL

DU CERTIFICAT D'ETUDE SPECIALES D'OBSTETRIQUE :

Monsieur le Professeur MORIN

Messieurs les Professeurs Agrégés BARRIER et MUSSET

Messieurs les Docteurs AUCLAIR,BARDIAUX, LAURENT

Gynécologues-Accoucheurs chef de service.

Nous exprimons notre reconnaissance pour la haute qualité de l'enseignement qu'ils nous ont prodigué et le bienveillant accueil qu'ils nous ont réservé dans leur service.

I N T R O D U C T I O N

Le traitement chirurgical des INCONTINENCES URINAIRES d'effort associées ux prolapsus est un problème difficile et parfois décevant. Il n'est qu'à voir le rand nombre de solutions techniques qui ont été proposées par le passé; pour se onvaincre que peu sont satisfaisantes; le nombre de récidives et de complications tant plus ou moins élevé selon les méthodes utilisées.

Depuis plusieurs années, l'utilisation de PROTHESES, cutanées ou synthétiues a permis d'obtenir de meilleurs résultats.

Le but de ce travail est de faire part des méthodes appliquées et des réultats obtenus dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital BEAUON par Messieurs les Professeurs Agrégés THOYER-ROZAT et SENEZE dans le traitement e ces cas difficiles. Aux techniques habituelles de traitement des prolapsus, les pérateurs ont adjoint des prothèses CUTANEES :

- soit des frondes cutanées sous-urétro-cervicales, technique utilisée onjointement par les deux auteurs,

- soit des hamacs cutanés en "Y" procédé utilisé uniquement par Mr. SENEZE.

La voie utilisée étant toujours mixte.

Aux malades opérées dans le service depuis deux ans, nous avons joint les as privés de Monsieur SENEZE; ce qui a permis de réunir 31 observations.

Les résultats montreront que ces techniques de greffes cutanées ont permis 'atteindre des succès comparables aux meilleures statistiques connues, pour des aux faibles de complications post opératoires, et ceci dans des prolapsus comlexes, survenant parfois après hystérectomie.

Nous adopterons dans cet exposé le plan suivant :

I - Bases anatomiques de la statique pelvienne,

II - Bases physiologiques de la statique pelvienne et de la continence,

III - Etiopathogénie des prolapsus et de l'incontinence,

IV - Historique et bases du traitement chirurgical,

V - Données cliniques et paracliniques,

VI - Techniques opératoires utilisées et indications.

VII - Résumé des observations.

VIII - Analyse des cas observés.

oOo

I - BASES ANATOMIQUES DE LA STATIQUE PELVIENNE

Le substratum anatomique de la statique pelvienne est bien connu depuis lusieurs décades. TESTUT déjà puis POIRIER et DAVIES en 1942; G. CORDIER et J. SE-EZE en 1954 ont précisé à l'occasion des assises françaises de gynécologie, des ases anatomiques qui font depuis, autorité en la matière.

Deux systèmes d'amarrage contribuent au maintien en bonne place des organes elviens chez la femme :

1 - Un amarrage antérieur, élastique et actif, constitué par les muscles rele-eurs de l'anus, recouverts par l'aponévrose pelvienne. Le releveur, comprend 2 arties qui s'opposent anatomiquement et fonctionnellement.

Le chef POSTERO EXTERNE, superficiel, s'étale en une grande nappe musculaire epuis l'arc osseux pelvien antérieur, jusqu'au coccyx et le raphé ano-coccygien, uquel il faut joindre le muscle ischio-coccygien. Son rôle est surtout sphincté-ien.

Le chef ANTERO INTERNE, profond, élévateur, a un rôle beaucoup plus impor-ant dans la statique pelvienne. C'est une puissante bande musculaire, tendue de la ace postérieure du pubis au noyau fibreux central du périnée et à l'anus au niveau u sphincter; croisant les faces latérales du vagin au cours d'un trajet quasi agittal (Hughier) à 3 cm de son orifice inférieur, accolé à ses parois par un tissu ellulaire dense.

L'aponévrose pelvienne, joue un rôle essentiel :

- d'une part parce qu'elle solidarise la face profonde des releveurs sur aquelle elle repose, avec les segments caudaux des viscères, car elle se confond n dedans avec leur gaine cellulaire.

- d'autre part, grâce à ses bandes de renforcement antérieures, qui constituent l'essentiel des ligaments pubo-vésicaux et pubo-vaginaux, rattachant de açon élastique la berge antérieure du col vésical, l'urètre proximal et le vagin à a région pubienne.

2 - UN SYSTEME DE SUSPENSION POSTERIEUR, plus rigide et passif, constitué par des ormations conjonctives, condensée autour des axes conjonctifs et nerveux viscéraux.

Ce système est constitué principalement par ce que l'on appelle l'AILERON ISCERAL commun, condensation cellulaire dense accompagnant les branches viscérales e l'artère hypogastrique. Cet aileron commun s'épanouit en 3 ailerons propres au oisinage immédiat des organes :

- l'aileron rectal pour la partie basse de l'ampoule;

- l'aileron cervico vaginal formant le ligament de Mackenrodt en haut et 'aileron vaginal en bas

- l'aileron vésical formé par les lames vésico-génitales traversées par les retères.

Plus accessoirement citons l'aileron de l'artère ombilicale qui forme avec on homologue opposé l'aponévrose ombilico-prévésicale, qui rattache la vessie à la aroi abdominale antérieure.

Ainsi constitué, ce système d'ailerons rattache les viscères à la paroi elvienne postéro-latérale.

Cette armature est renforcée par un élément de grande solidité, les lames ENITO SACREES. Disposées de façon sagittales, elles s'insèrent en arrière sur les ernières pièces sacrées, et s'intriquent en AV, avec les ailerons viscéraux propres. insi, elles rattachent solidement les organes à la paroi pelvienne postérieure. De lus elles contribuent à solidariser les viscères entre eux par une série de ponts ibreux inter viscéraux : lames vésico-vaginales en avant, génito-rectales en arrièe (communément appelé ligt. utéro sacré).

A côté de ces éléments anatomiques importants, rappelons 2 détails qui ne ont pas négligeables :

- le fascia de HALBAN, condensation celluleuse de la face profonde de la aroi vaginale antérieure, hamac naturel du bas-fond vésical,

- l'épaisse lame fibro-musculaire qui unit les 2/3 inférieur de l'urètre t la paroi vaginale antérieure, solidarisant les 2 organes.

oOo

II - BASES PHYSIOLOGIQUES DE LA STATIQUE PELVIENNE ET DE LA CONTINENCE A L'EFFORT

La précision de leurs connaissances est d'acquisition récente. Grâce à-:

- la mise au point en 1962 par Mr. BETHOUX du colpocystogramme (dont nous errons plus loin les détails),

- l'enregistrement manométrique des pressions vésicales et urétrales.

- LA STATIQUE PELVIENNE

1 - Au repos : de l'étude des différents éléments anatomiques, se dégagent deux dées principales :

- le fait que les organes pelviens sont maintenus en place surtout parce u'ils sont soutenus par la grande fronde musculo aponévrotique que constitue le lancher pelvien plutôt que suspendus par l'aponévrose ombili o-prévésicale (pour la essie) et les ligaments ronds (pour l'utérus).

- le fait que tous les viscères sont SOLIDAIRES sur le plan statique, grâce ux nombreux éléments fibreux qui les unissent les uns aux autres.

Le maintien de cette statique se traduit par celui des angulations que font es organes : les uns par rapport aux autres :

- Angle urétro-vésical ouvert en arrière de 130 D°

- ceux du tractus génital : angle d'antéversion de 90D°, angle d'antéflexion e 120D°, cap vaginal de 110D° environ, à sommet antérieur, au niveau de la partie

oyenne du vagin, révélé par le colpocystogramme (C.G.G.).

- le cap ano rectal à sommet antérieur de 90 D°.

Ainsi 3 cap viscéraux cinétique sont définis, d'arrière en avant, le cap nal, vaginal, urétro-vésical postérieur.

2 - A la poussée : Entre l'effort de retenir et celui de pousser, les organes elviens subissent un important déplacement vers le bas, surtout vers l'arrière. Ils estent étroitement solidaires entre eux réalisant un "combiné viscéral".

Au cours de ces déplacements, le col utérin vient s'appuyer sur le raphé no-coccygien VERROUILLANT ainsi le cul-de-sac de DOUGLAS. Cette cinétique est sur- out le fait du SYSTEME ANTERIEUR musculaire, faisceau élévateur du releveur qui par 'intermédiaire du noyau fibreux central du périnée (NFCP) attire en haut et en avant a portion caudale des viscères. Le cas vaginal tend alors à s'effacer (horizontali- ation du vagin), ainsi que l'angle urétro-vésical; et le cap anal. Par contre, le YSTEME POSTERIEUR peu contractile et peu élastique a un rôle passif de soutien des iscères en haut et en arrière.

Ces structures anatomiques sont donc la pièce maitresse de la statique pel- ienne.

- LA CONTINENCE : étudiée par C.G.G. radio cinéma et urétro-cystomanométries.

- Sur le plan cinétique :

La base de la vessie se déplace à l'effort BAS et en ARR, les deux berges u col vésical subissent le même déplacement, les accolement restant maintenu par e sphincter lisse (système des anses); l'angle urétro-vésical qui, existe au epos peut alors s'effacer.

- Sur le plan manométrique :

On observe à l'effort une même augmentation de pression dans la vessie t dans le segment proximal de l'urètre (situe au dessus du sphincter strié), la

ression urétrale étant même légèrement supérieure à celle de la vessie. Par contre l'augmentation de pression ne se fait plus sentir au niveau du sphincter strié, celui-ci ne joue donc aucun rôle dans la continence à l'effort. Tout ceci nous amène à dire que la vessie et l'urètre proximal sont contenus dans l'enceinte manométrique abdominale, le tonus urétral juxta-vésical suffit donc à maintenir l'urine dans la vessie. Les deux berges du col vésical n'ont aucune tendance à se séparer à condition que les deux soient mobiles et puissent se déplacer en bas et en arrière.

Ce bref rappel permet donc de conclure que statique pelvienne et continence urinaire sont deux phénomènes anatomiquement et physiologiquement liés.

oOo

II - ETIOPATHOGENIE DES PROLAPSUS ET DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

- LES PROLAPSUS : Les données anatomo physiologiques permettent de comprendre que es prolapsus apparaissent essentiellement lorsque les structures fibro-ligamentaires u fibro-musculaires sont altérées.

Elles peuvent l'être :

- soit congénitalement : hypoplasie constitutionnelles des différents élé- ents; profondeur excessive du Douglas; rétro-position primitive de l'utérus

- soit le plus souvent acquises

1 - par un traumatisme obstétrical : gros enfants, accouchement dystocique, orceps, ce qui lèse le noyau fibreux central du périnée et distend ou déchire le aisceau élévateur du releveur; une mauvaise involution utérine dans le post partum ouvent en outre entraîner une rétroversion utérine secondaire.

2 - Des facteurs trophiques : le manque d'oestrogènes de la ménopause entraîne ne hypoplasie des tuniques vaginales et des fascias fibro-ligamentaires du bassin,

3 - Les hystérectomies, surtout si elles sont totales, favorisent l'apparition e prolapsus par :

- défaut d'effet suspensif de la masse pelvienne,

- défaut d'épaulement cervical sur le coccyx.

Bien entendu ces lésions acquises peuvent venir aggraver des prédispositions ongénitales.

On comprend dès lors aisément que les viscères, mal soutenus par un hamac elvien déficient, descendront dans le pelvis sous l'action de la pression abdomi-

ale verticale engendrée par l'effort.

L'étude du détail des anomalies statiques montre comment la ptose d'un organe etentit sur les autres, ceux-ci étant comme nous l'avons vu étroitement solidaires.

- LE COL : si le col utérin élément physiologiquement le plus fixe de l'ensemble st mal coutenu, il ne pourra plus venir buter sur le coccyx lors de l'effort car il ombera plus en avant, et ceci d'autant plus qu'il existe une rétroversion, projeant le col en avant. Il plongera alors dans l'axe du vagin où rien ne le retiendra, 'autant plus facilement qu'un releveur insuffisant n'attirera plus le NFCP vers e pubis. L'effet "sangle" qu'il produisait en arrière du vagin ne pourra plus orizontalier celui-ci, qui restera vertical, le cap vaginal disparaissant.

Cette anomalie statique aura 2 conséquences en avant et en arrière.

- LA VESSIE EN AVANT : Le vagin ne s'horizontalisant plus à l'effort, soutiendra al la vessie qui pourra se prolaber d'autant plus que : le fascia de Halban et liaments antérieurs seront distendus,

- EN ARRIERE : le col ne venant plus buter sur le coccyx ne verrouillera plus le ul-de-sac de Douglas; les anses grèles pourront alors venir s'y tasser d'autant lus qu'il sera profond et ligaments utéro-sacrés seront faibles, créant alors 'amorce d'un ELYTROCELE.

La déficience du NFCP ENTRAINERA LA BEANCE du périnée postérieur créant insi les conditions favorables à l'amorce du RECTOCELE.

En fait les mécanismes que nous venons de décrire sont ceux des prolapsus omplexes, intéressant tous les organes, aboutissement ultime d'un processus qui 'arrête souvent en chemin. L'ordre dans lequel ils apparaissent est très variable. outes les combinaisons sont possibles dans l'association comme dans la chronologie 'apparition des ptoses.

Ces mécanismes montrent quela statique pelvienne est un ENSEMBLE SOLIDAIRE: la ptose d'un des organes créant les conditions favorables à celle des autres. Nous verrons l'importance capitale de ce fait dans l'étude des solutions chirurgicales.

B - L'INCONTINENCE : Elle s'explique par des considérations anatomiques et manométriques.

- Considérations manométriques : L'IUE se produit chaque fois que le col vésical et l'urètre proximal sortent de l'enceinte manométrique abdominale, conditions qui sont créées par la cystoptose. L'augmentation de la pression vésicale à l'effort ne s'oppose plus qu'à la contraction du sphincter strié, active mais insuffisante, l'hyper pression de l'urètre proximal ayant disparu.

- Considérations anatomiques, découvertes par le colpocystogramme (CCG) 2 types d'altérations peuvent se voir :

1 - TYPE A : Seule la berge postérieure du col vésical se déplace l'effort dans ce cas. Le col vésical s'ouvre donc largement laissant passer l'urine. Il se produit alors une vésicalisation de l'urètre proximal, créant les conditions manométriques del'incontinence. Cela peut être dû :

- soit à un défaut d'épaulement de la berge postérieure par insuffisance des releveurs,

- soit à un amarrage trop serré de la berge antérieure à la symphise par des ligaments peu élastiques ou par le montage trop serré d'une intervention précédente.

2 - TYPE P : Dans cette forme, toute la région cervico-urétrale se déplace vers le bas à l'effort avec une amplitude anormale, la région sortant alors de l'enceinte manométrique abdominale, ceci est réalisé dans les cystocèles.

Il existe bien entendu des incontinences qui associent les deux mécanismes :

Le prolapsus vésical crée donc les conditions favorables à l'apparition de l'I.U.E. Elle est patente dans près de la moitié des cas.

Elle peut également être latente soit parce que les lésions n'ont pas encore atteint un degré tel qu'on la constate cliniquement. Le CCG permet de dépister ces cas qui deviendront des IUE. soit parce qu'elle est MASQUEE par la ptose d'un organe plus postérieur, venant par sa position anormale soutenir artificiellement la vessie, qui sans lui se prolaberait. Un hystérocèle, un colpocèle postérieur, un élytrocèle peuvent faire cet effet "pelote". L'examen clinique et le CCG peuvent après réduction de ce prolapsus démasquer un urétro-cystocèle et une IUE, passées inaperçu au départ.

On peut donc dire qu'un prolapsus important, surtout s'il est complexe, entraîne pratiquement toujours une incontinence patente ou potentielle.

oOo

IV - BASES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

A - PRINCIPES DE CE TRAITEMENT

Ils doivent pallier aux dégradations anatomiques responsables des ptoses viscérales.

En pratique, les interventions se proposent un double but :

- traiter chaque élément du prolapsus,
- corriger les troubles urinaires éventuellement associés.

1 - Traiter chaque élément du prolapsus :

Nous ne nous étendrons pas sur les techniques, maintenant bien modifiées qui se proposent de réduire :

- LE PROLAPSUS UTERIN qui sera traité par pexie de son isthme au ligament prévertébral, la butée du col sur le coccyx alors rétablie traitera d'elle même l'éventuel allongement cervical; ce qui rend à notre avis moins utiles les amputations sus-vaginales du col avec interposition des ligaments latéro et rétro cervicaux, type intervention de MANCHESTER.

- L'ELYTROCELE nécessite une Douglassectomie après dissection du sac,

- La RECTOCELE sera réduite par colporraphie postérieure, on y associe une myorraphie des releveurs à chaque fois que ces muscles sont distendus, c'est-à-dire comme la physiopathologie nous l'a montré, dans la quasi totalité des prolapsus à composante antérieure.

Ce que nous venons de dire concerne les cas où la conservation d'une perméabilité vaginale est nécessaire, car, s'il s'agit de femmes âgées, sans activités génitales, la meilleure solution, quelque soit le prolapsus reste encore le cloi-

sonnement vaginal : colpectomie totale ou partielle type LEFORT. Dans ces conditions également, l'interposition de l'utérus sous la vessie, type WERTHEIM-SCHAUTA conserve droit de cité en cas d'incontinence. Ajoutons aussi : colpohystérotomie vaginale type ROUHIER et hystérectomie vaginale.

2 - Traiter les troubles urinaires associés :

Nous y ajoutons le traitement de l'URETRO-CYSTOCELE, les deux étant intimementliés. Le but à atteindre est de recréer les conditions STATO-DYNAMIQUES viscérales permettant le jeu des régimes de pression qui assurent la continence à l'effort; c'est-à-dire replacer la jonction urétro cervicale dans l'enceinte manométrique abdominale. En pratique le problème est complexe, et il n'est qu'à voir l'extraordinaire floraison de techniques proposées depuis le début du siècle pour s'en convaincre.

B - HISTORIQUE

On peut classer ces interventions en 4 grands types :

1 - Opérations de soutennement urétro-cervical

KELLY 1912 : plicature du sphincter urétro cervical par voie vaginale.

MARION 1920 : suture par voie vaginale des tissus situés de part et d'autre de l'urètre et du col vésical.

FRANTZ 1942 : plastie sous urétrale à l'aide des faisceaux pubo-coccygiens des releveurs.

INGELMAN-SUNDBERG 1957 : suture du fascia sous vésical (Halban) associé au procédé de Frantz.

Ces interventions, en ne citant que les principales, considérées généralement comme peu fiables, sont en fait efficaces dans les cas modérés car elles aboutissent à de véritables périnéorraphies antérieures sous-urétro-cervicales. Les échecs de l'intervention de Marion sont aux environs de 12% (statistique de M.CERBONNET).

II - Opération de suspension urétro-cervicale directe :

PERRIN 1944 : cervico-cystopexie par voie abdominale à la partie inférieure de la gaine des grands droits,

LAPIDES 1960 : urétro-cystopexie rétro-pubienne par voie abdominale.

Ces techniques illogiques depuis le colpocystogramme car elles créent les conditions d'incontinence type A berge antérieures, ont cependant des résultats paradoxalement bons (6 échecs sur 141 cas d'intervention de PERRIN par exemple);

III - Opérations de suspension vaginales à effet frondes sous-urétro-cervicales :

LEGER L. 1946 : suspension vaginale rétro-pubienne indirecte à l'aide de 2 lambeaux aponévrotiques de la gaine des grands droits.

MARSHALL-MARCHETTI 1949 : fixation directe des parties latérales de la face antérieure du vagin à la symphyse pubienne et de la vessie aux grands droits.

DURFEE 1959 : variante du Marshall-Marchetti,

BURCH 1961 : fixation par voie abdominale des culs de sac vaginaux latéraux aux ligaments de Cooper,

SCALI 1967 : colpopexie rétro-publienne indirecte par des bandelettes de tissus synthétiques (tergal) croisées et fixées au ligament de Cooper du côté opposé.

ROBERT H.G. 1968 : colpopexie rétro-pubienne directe amarrant la paroi vaginale et la région urétro-cervicale au releveur près de son insertion pubienne.

Ces interventions sont efficaces car elles replacent le col et le maintient en position normale et renforcent son épaulement postérieur. Cependant elles sont grevées d'un certain nombre d'échecs lorsque la pexie est faite aux tissus rétro-symphysaires, finalement résistant à la longue. Les variantes du Marshall-Marchetti avec fixation à l'aponévrose des grands droits séduisent par leur simplicité et leur efficacité dans les incontinences d'effort isolées ou associées à un cystocèle modéré sans autre prolapsus. Dans les cas de prolapsus complexes, ils sont

insuffisants par défaut d'épaulement postérieur et risque de lésion de la jonction urétro cervicale par traction trop importante sur cette région entraînant des troubles sphinctériens à type de rétention.

IV - Opération de suspension par frondes sous-urétro-cervicales

Ces interventions utilisent un matériel prothétique divers. Les premières tentatives remontent au début du siècle avec :

GIORDANO en 1907, qui utilise lesmuscles droits de la cuisse;

GOEBEL, utilisa les muscles pyramidaux puis avec STOECKEL, il passe par voie mixte autour du col vésical 2 lambeaux musculo-aponévrotiques détachés des bords internes des grands droits, entrecroisés en 8 et ramenés en avant puis suturés,

D'autres auteurs utilisèrent des lacets de tissus divers : releveurs, ligaments ronds, ou bandelettes de fascia lata comme PRICE En 1932.

ALDRIDGE : 1947/1952 : par voie mixte, deux bandelettes de la gaine des droits sont glissées de chaque côté du col vésical et suturées en arrière de lui.

MICHON L. en 1944 : met en place par voie mixte une fronde sous-urétro-cervicale faite d'une bandelette unique taillée sur l'aponévrose du grand droit.

DELINOTTE en 1949 : fut le premier à utiliser la peau en guise de fronde sous-urétrale fixée par voie uniquement vaginale, il utilisa par la suite du tendon de veau et du fascia-lata.

BRACHE en 1951 : fut le premier à utiliser du tissu synthétique (nylon)

ANSELMINO en 1952, remplace le nylon mal toléré par du Perlon.

PEREYRE en 1959 exécute une fronde en fil non résorbable, passée par un trocart spécial.

NARIK et PALMRICH en 1962, modifient l'intervention d'ALDRIDGE en utilisant des lambeaux d'aponévrose du grand oblique.

Enfin, depuis plusieurs années, l'école de BROCCA avec HUGUIER, ROBERT, SCALI et CERBONNET ont utilisé de grands hamacs en Y, fixés en avant à l'aponévrose des grande droits, passant par le Retzius puis sous la vessie, et fixées en arrière à l'isthme utérin et enfin au promontoire. Ces prothèses sont soit en peau totale, soit en tissus synthétiques.

DISCUSSION SUR LE CHOIX DES METHODES

De ces nombreuses techniques, nous devons retenir finalement 3 grands types : correspondants à 3 formes cliniques de gravité croissantes, dont elles tentent de corriger les troubles par une reconstitution anatomique aussi physiologiques que possible.

1 - Les interventions de suspension-soutènement de la région urétro-cervicale type Marion ou Marshall-Marchetti, qui sont efficaces lorsqu'il s'agit d'une incontinence modérée isolée ou associée à une légère cervico-cysto-ptose, le reste de la statique pelvienne étant bonne, les tissus de bonne qualité.

2 - Les montages prothétiques à effet fronde antérieure, type intervention de Scali, sont indispensables dans la forme qui précède, lorsque l'appareil musculo-aponévrotique est très dégradé ou lorsque la cystocèle est très importante (3e degré).

3 - Les grands hamacs en Y, type école de BROCCA, représentent, pour la plupart des auteurs de langue française, l'intervention la plus fiable lorsque l'on doit traiter des incontinences associées à des prolapsus complexes, récidivés ou après hystérectomies. Ces montages représentent la meilleure façon d'assurer à la fois un soutènement antérieur et un épaulement postérieur solide, à condition toutefois que l'on TRAITE EN MEME TEMPS les autres éléments prolabés.

La lecture des différentes statistiques montre que c'est la technique qui donne les meilleurs résultats dans ces prolapsus complexes (aux environs de 10% d'échecs); auxquels ils doivent être réservés. En effet il s'agit d'une chirurgie

Enfin, depuis plusieurs années, l'école de P
SCALZI et CERBONNET ont utilisé de grande hamacs en Y
des grande droits, passant par le Rotzius puis sous
à l'isthme utérin et enfin au promontoire. Ces proth
soit en tissus synthétiques.

DISCUSSION SUR LE CHOIX DES METHODES

De ces nombreuses techniques, nous devons re
correspondantes à 3 formes cliniques de gravité crois
corriger les troubles par une reconstitution anatom
possible.

1 - Les interventions de suspension-soutènement d
type Marion ou Marshall-Marchetti, qui sont efficac
tinence modérée isolée ou associée à une légère cyr
stetique vaginale étant bonne. Les tissus de bonne

2 - Les ponteges prothétiques à effet trophoanté
Scalzi, sont indispensables dans la forme qui précède
ophénvertique est très dégradé ou lorsque la cystocè

3 - Les grands hamacs en Y, type école de PARISOT,
des auteurs de langue française. L'intervention le p
traiter des incontinences associées à des prolapsus
après hystérectomies. Ces montages représentent la m
fois un soutènement antérieur et un soutènement posté
terois que l'on TRAITE EN MEME TEMPS les autres étio

Le jeature des différentes stetiétiques mont
donne les meilleure résultats dans ces proleçeus con
l'écheo); auxquels ils doivent être réservés. En ef

longue et délicate qui peut être grevée d'un plus grand nombre de complications que les autres techniques plus simples à réaliser.

LE CHOIX DU MATERIEL

Nous paraît très important à discuter.

La brève historique nous a montré que cela a été un problème majeur pour de nombreux auteurs depuis plus d'un demi siècle. Il n'est pas encore complètement résolu. De nombreux matériaux ont été essayés. 3 peuvent actuellement être retenus.

1 - Les tissus ALLOPLASTIQUES, synthétiques : tergal, mersilène, orgazin, ont leurs partisans. Leurs AVANTAGES résident dans la facilité de leur manipulation, leur qualité aseptique, leur plus grande solidité à long terme, ce qui évieterait des récidives tardives. Leurs INCONVENIENTS SONT : d'une part l'inconnue en ce qui concerne leur tolérance à long terme par l'organisme, d'autre part surtout leur rigidité. Le soutènement sans souplesse qu'ils réalisent au niveau de la jonction urétro-cervicale est à l'origine de nombreux déboires : rétention prolongée d'urine par sténose de la jonction urétro-cervicale,beaucoup plus fréquemment qu'avec les autres matériaux. Cela ressort de nombreuses statistiques, à titre d'exemple, citons Mrs. CERBONNET, BETHOUX et HUGUIER qui eurent à déplorer 9 dyskinésies sur 26 hamacs en tergal, les mêmes auteurs n'en déplorèrent qu'une sur 29 hamacs en peau. Enfin un certain nombre de cas d'incarcération dans la vessie du matériel prothétique, voire même de dramatiques sections du col vésical. Ces accidents sont beaucoup plus rares avec les autres matériaux autoplastiques.

Devant ces taux de complications, qu'ils estiment prohibitifs, de nombreux auteurs récusent le matériel synthétique pour les grandes fronde.

2 - L'APONEVROSE, pratiquement aussi solide que les tissus synthétiques a sur eux l'avantage d'une plus grande souplesse. Elle a de nombreux partisans, surtout pour les prothèses de taille modeste, petits hamacs antérieurs par exemple.

Mais il est parfois difficile d'en prélever des lambeaux de taille suffisante lorsque l'on veut réaliser de grands hamacs. Par ailleurs certains trouvent que l'aponévrose manque un peu d'élasticité.

3 - Enfin la PEAU a des partisans de plus en plus nombreux dont nous sommes. Nous verrons dans la conclusion de ce travail ce qu'il faut penser du reproche que certains lui font, à savoir son manque de solidité à long terme. Pour ce qui est des risques infectieux éventuels, des précautions de préparations et d'asepsie peuvent les rendre acceptables, sauf peut être lorsque l'on est amené à fixer le tissu cutané au voisinage d'un os (fixation au ligament prévertébral par exemple). A côté de ces inconvénients, elle présente l'immense avantage de sa grande élasticité qui permet de diminuer considérablement les complications post-opératoires de dyskinésie, comme le montrent les chiffres cités plus haut.

Ces prothèses posent enfin le délicat problème du degré de tension qu'il faut leur donner : un excès risquant d'entraîner une rétention d'urine, un défaut une récidive d'incontinence. Il semble que la voie MIXTE, tout en exposant à des risques infectieux plus grands, permette de mieux surveiller la tension de la bandelette tout au long de son trajet.

oOo

V - DONNEES CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES

Un inventaire très minutieux des lésions de la statique pelvienne et de l'appareil uro génital est indispensable afin de décider au plus juste de la stratégie opératoire.

Il se fera par : l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens complémentaires.

A - L'INTERROGATOIRE

S'appliquera surtout à mettre en valeur :

- Les antécédents :

a) - Obstétricaux, nombre et modalités des accouchements, expliquant l'éventuel traumatisme obstétrical.

b) - Gynécologiques : Nature et indications des interventions antérieures : avec C.R.O. si possible : (hystérectomies, 1ère intervention pour prolapsus). Affections gynécologiques diverses.

- L'état gynécologique actuel : cycles, ménopause, métrorragies, leucorrhées.

- le degré des troubles subjectifs provoqués par le prolapsus est très important à établir, car en fait c'est le degré de gène qui fera décider d'intervenir. Il s'agit de pesanteur, douleur, extériorisation d'un organe pelvien et surtout : L'existence et le degré d'une INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT. L'interrogatoire n'est pas toujours facile sur ce point. En faisant préciser si la perte d'urine est ou non strictement liée à l'effort ? on éliminera les troubles mictionnels à type de mictions impérieuses et de pollakiurie-dysurie (évocateurs d'infection urinaire).

Le degré de l'I.U.E. est utile à faire préciser, ne serait-ce que pour juger par la suite de l'efficacité du traitement : légère si l'effort qui la provoque est minime, moyenne si elle est diurne, grave si elle est nocturne.

Enfin l'état actuel de la vie génitale : désirs de grossesses, désir de rapport (femme âgée-) qui pourront influer sur le choix des techniques chirurgicales.

B - L'EXAMEN CLINIQUE objectivera :

1 - Les troubles de la statique pelvienne

Ils seront répertoriés dans leur forme et leur degré de gravité (stades I, II, III).

L'urétrocystocèle apprécié à l'examen clinique, à l'effort sous valves.

L'hystérocèle : on apprécie sa ptose à l'effort par une pince posée sur le col, spéculum retiré, ainsi que sa laxité au repos par traction sur lapince.

L'état du périnée postérieur sera soigneusement apprécié : état des releveurs de la fourchette, du noyau fibreux central du périnée, du sphincter anal. Existence d'un rectocèle, suspicion d'élytrocèle.

2 - L'ETAT GYNECOLOGIQUE

On apprécie : la position de l'utérus, son degré de rétroversion, sa mobilité voir son hyperlaxité, son volume, recherche d'une myomatose.

L'état des annexes : notion d'altérations infectieuses. De masses latéro-utérines. L'état cervico-vaginal sera très soigneusement étudié. Frottis endométriaux, cervicaux, vaginaux, recherche d'infections vaginales nécessitant un traitement pré opératoire.

3 - LE RETENTISSEMENT URINAIRE des prolapsus. L'U.I.E. souvent révélée par l'interrogatoire sera recherché systématiquement. Lors de l'examen en faisant pousser le malade, vessie pleine, une émission d'urine sera la preuve formelle qu'il existe une incontinence. Si celle-ci est latente, on pourra tenter de l'objectiver en

faisant pousser après réduction du prolapsus moyen ou postérieur.

C - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A part les frottis déjà cités, une biopsie d'endomètre ou cervicale sera parfois nécessaire. Une analyse bactériologique des sécrétions vaginales ou des urines permettra de traiter une infection vaginale ou urinaire intercurrente.

Une HYSTEROGRAPHIE sera parfois utile pour préciser l'indication d'une hystérectomie associée au traitement chirurgical du prolapsus dont elle modifiera d'ailleurs la stratégie.

Un COLPOCYSTOGRAMME : son utilité n'est plus à démontrer, non seulement pour l'éventuel dépistage d'une I.U.E. mais aussi pour objectiver d'autres troubles de la statique pelvienne ayant une incidence sur cette incontinence.

Technique : Mise au point par Mr. BETHOUX en 1962, son principe est de fixer sur un calque commun de 2 clichés radiographiques l'amplitude maximale d'animation passive des viscères pelviens opacifiés, sous les effets antagonistes de la poussée abdominale et l'effort de retenue de la musculature abdominale.

En pratique : on opacifie les viscères : la vessie, par l'instillation de 50 ml de produit de contraste, iodé, hydrosoluble, visqueux,

L'utérus, s'il existe encore sera cathétérisé par un segment de sonde urétérale, éventuellement fixé au col par une agrafe.

Le vagin, par badigeonnage avec une pâte barytée.

Le rectum par l'instillation de 35 ml de crème barytée.

L'opacification de l'urètre pose parfois quelques problèmes.

Disons d'abord que dans les formes moyennes, on peut se passer de son opacification, sa direction, parallèle à l'image vaginale, est repérée par ses deux extrémités : le col vésical à l'angle inférieur de la vessie, le méat objectivé par un index métallique .

Dans les formes majeures, on utilise classiquement la chaînette métallique de HOGGKINSON qui, si elle respecte la morphologie de l'urètre, peut entraîner des contractions vésicales réflexes,

Par ailleurs, ce corps étranger ne paraît pas souhaitable pour explorer une incontinence. C'est pourquoi , Mr. BETHOUX (Congrès de Tunis 72) conseille de ne l'utiliser, modifiée par l'adjonction d'une perle à son extrémité vésicale pour le repérage du col, que dans les grandes cystocèles et dans les récidives d'I.U.E. afin de localiser le col et les coudures urétrales. Dans les autres cas, l'utilisation de crème barytée, stérilisée donne une bonne opacification dans 90 % des cas.

Ce fait, on prend 2 clichés de profil vrai, debout :

1) - à l'effort de retenir,

2) - à l'effort de pousser, un autre film est parfois pris tandis que l'on maintient refoulé le segment vaginal ou utérin prolabé, afin d'objectiver les effets "pelote"

Enfin on calque sur le papier transparent :

- les contours osseux superposés,

- les contours viscéraux dans chacune des positions, avec des traits différents :

Résultats : Normalement le col vésical ne descend pas au dessous du bord inférieur de la symphyse, le col utérin ne descend pas au dessous de la pointe du coccyx.

Anormalement, le CCG permet donc d'objectiver la cervico cystoptose (IUE type P), l'hystéroptose, la vésicalisation de l'urètre proximal (IUE type A, berge antérieure).

Les indications du CCG : Citons Mrs. CERBONNET et BETHOUX (Tunis 72). "Le CCG n'est pas indispensable en cas d'IUE clinique, patente ou démasquée, associée à un prolapsus uniquement ou partiellement antérieur. Il est indispensable en cas d'incontinence clinique ou masquée associée à un prolapsus utérin ou postérieur,

en l'absence de prolapsus antérieur cliniquement décelable", afin de mesurer la part de la cystoptose, et d'en déduire la nécessité d'un temps opératoire sous-vésical.

Dans la série que nous étudions, ces principes ont été appliqués ce qui explique le petit nombre de CCG pratiqués, du fait de la permanence de prolapsus antérieur chez nos malades.

Il faut ajouter le très grand intérêt de cet examen radiologique en cas de récidive d'incontinence après traitement chirurgical.

Il permet alors d'objectiver le déficit qui persiste, ou qui est survenu lorsque l'intervention a fait apparaître l'incontinence.

Quant aux mesures manométriques, elles nous paraissent être davantage du domaine de la recherche expérimentale que de la pratique courante.

Au terme de ce bilan, l'inventaire précis des lésions aura été relevé, ce qui permettra d'établir la séquence adéquate des différents temps opératoires.

UN BILAN PRE OPERATOIRE médical complet, sera toujours la règle car, il s'agit souvent de malades âgées, toujours d'une intervention majeure, qui peut être assez longue et donc génératrice de choc chirurgical. Il faut avoir présent à l'esprit que l'on ne peut prendre un risque opératoire vital, alors que l'affection causale n'est en fait qu'un inconfort, parfois marqué mais jamais vital.

oOo

VI - TECHNIQUES OPERATOIRES UTILISEES ET INDICATIONS

A - PROTOCOLE OPERATOIRE

1 - Soins préalables

Traitement de l'infection vaginale systématique lorsqu'elle existe. Traitement préalable antiseptique local évitant autant que possible l'utilisation des antibiotiques capable de faire surgir une flore pathogène résistante. Traitement de l'atrophie vulvo-vaginale par une oestrogénothérapie modérée préalable de quelques jours.

Hygiène pré opératoire vulvo périnéale et abdominale : lavages avec antiseptiques, HEXACLOROPHENE - "SEPTIVON".

Evacuation soigneuse du rectum.

Bilan pré-opératoire :

Il doit être particulièrement soigneux afin de dépister toutes les tares éventuelles (hypertension, obésité, diabète, altérations vasculaires) lésions coronariennes etc...)

Bien rappeler que cette chirurgie ne peut autoriser un véritable risque opératoire particulier puisqu'elle vise seulement à corriger des anomalies statiques et divers troubles tout à fait compatibles avec la vie.

La malade doit être mise en position dite de deux équipes, telle qu'elle a été définie en France voici 25 ans par l'équipe de A. AMELINE, J. HUGUIER et collaborateurs : étriers spéciaux pour les membres inférieurs permettant un double

abord simultané abdominal et périnéal sans trop perturber pendant l'intervention la circulation de retour des membres inférieurs, sans créer trop d'obstacles à la disposition des opérateurs et des aides.

2 - Technique opératoire :

Nous définirons :

- utérus stable et sain,
- utérus prolabé,
- utérus pathologique,
- les ptoses après hystérectomie.

Quelques principes généraux : pratiquement jamais d'amputation du col sauf lésions du col,

- fréquence d'une périnéorraphie postérieure qui sera une périnéorraphie complète avec suture des releveurs ou parfois simplement une technique simple par avivement.

A - Utérus stable et sain

1 - Temps d'exploration

Incision soit médiane sous ombilicale, ce qui est plus facile surtout chez les femmes un peu obèse, soit incision transversale sus pubienne. Un large prélèvement cutané est toujours réalisé afin de permettre d'y prélever une longue prothèse, telle qu'elle sera définie ultérieurement.

Ce temps d'exploration permet de mieux évaluer l'importance du prolapsus, notamment au moyen de tractions sur l'utérus.

2 - Temps abdominal :

Il n'y a pas d'ouverture systématique de l'abdomen lorsque l'utérus est en place. On décolle largement le cul de sac de Retzius si possible sans hémorragie.

3 - Temps périnéal :

- incision dite accélérée de Crossen, partant du bord intérieur du col de l'utérus en direction de l'orifice uréthral permettant d'inciser toute l'épaisseur du vagin en laissant en place si possible le fascia de Halban ou le reconstituant surtout s'il y a une grosse expansion vésicale, un décollement très large est réalisé latéralement de façon à bien dégager "les joues" de la vessie (MUSSET). Le décollement en avant est très artificiel du fait de l'adhérence du tissu baginal et surtout péri-vaginal avec l'urèthre. On note parfois une épaisseur très importante de la paroi vaginale à ce niveau, conséquence probable des troubles statiques. Il faut bien décoller les faces latérales du col vésical, en restant au contact du plan vaginal. Il faut pousser le décollement en dehors et au dessus des branches ischio pubiennes, et même derrière elles en restant tout près du plan osseux. L'utilisation d'une pince à bout mousse et légèrement recourbée, permet pendant qu'une main abdominale refoule en arrière le col vésical, de trouver latéralement un canal para-cervico-vésical. Un fil d'attente est placé dans ce couloir. L'un des brins sortant par l'abdomen et l'autre par l'incision périnéale. Il faut veiller autant que possible à éviter les hémorragies, quelques saignements en nappe peuvent être observée, qu'il faut supprimer soit par tamponnement, soit par hémostases parfois fort laborieuses, afin d'éviter au maximum les hématomes, sources de complications post opératoires sérieuses.

Il faut décoller très soigneusement les deux premiers centimètres de la face antérieure du col utérin en refoulant légèrement la vessie vers le haut.

4 - Préparation de lapeau

Le lambeau cutané doit être dégraissé de façon minutieuse sur sa face profonde, aux ciseaux d'abord, au bistouri ensuite, servant de "racloir", quelques follicules pileux peuvent être aperçus et l'aggression de la lame du bistouri permet d'en détruire la racine et même de les extérioriser complètement.

Découpe de la prothèse en Y.

La prothèse en Y doit avoir grosso modo les dimensions suivantes :

- la partie large 2 cm de large sur 13 cm de long
- les branches en Y environ un demi centimètre de large sur 8 cm de long,
- leur base présentant une zone incurvée qui doit se situer sous le col de la vessie. Les angles de la partie large sont maintenus par des pinces fines légères. Aux extrémités des bandelettes sont passés des fils de nylon à l'aiguille sertix car la traversée de lapeau est parfois laborieuse.

Mise en place des gandelettes : les fils des extrémités des lambeaux sont "halés" au moyen du fil d'attente d'origine périnéal de façon à monter les bandelettes dans le Retzius. Le fil de nylon est placé en attente sur une pince, la face superficielle de la prothèse est placée du côté de la vessie, la face cruentée du côté du vagin.

Mise en place définitive de la bandelette :

La partie en U c'est-à-dire l'angle de l'Y, est solidarisée délicatement avec le col vésical de la façon suivante : on utilise pour se faire un fil de nylon sertix muni d'une aiguille courbe, ce fil prend légèrement l'angle de l'Y et se fixe à la musculeuse un peu en arrière du col vésical, ce col vésical étant légèrement extériorisé au moyen de traction sur la sonde intra vésicale de Folley. Cette fixation a simplement pour but de maintenir la prothèse au cours des différentes manipulations.

Fixation sur la face antérieure du col : trois points de nylon fixent la base de la prothèse cutanée à la face antérieure du col. Une fois cette fixation commencée (par le fil central), des manoeuvres sont effectuées au moyen d'une pince de Pozzi qui refoule le col en arrière afin de le mettre en position définitive. Il est quelquefois nécessaire de procéder à une retouche afin de raccourcir, modérément, la longueur de la prothèse et de bien l'adapter aux nécessités locales. Deux points de nylon sont passés latéralement en fixant la prothèse aux "joues" de la vessie, afin que cette prothèse ne se transforma pas en une véritable corde centrale antéro-postérieure.

La prothèse étant en place, résection vaginale économique, suture de la tranche vaginale antérieure au catgut chromé n°0 en points séparés, afin de ne pas créer par des points en X, pourtant fort utiles pour l'hémostase, une brièveté artificielle de la cloison vaginale antérieure qui a pour conséquence facheuse de placer le col très près de la symphyse, favorisant l'élytrocèle et surtout rendant parfois impossible une promonto-fixation secondaire.

Tamponnement vaginal.

§ - Par voie haute à nouveau, après changement de matériel, mise en tension des bandelettes de fixation au nylon 0, tension extrêmement modérée, ces bandelettes sont fixées au bord interne des droits au moyen de nylon 00 (deux de chaque côté en général). Un drainage aspiratif est mis dans le Retzius et la paroi est fermée selon les modalités habituelles.

III - Soins post opératoires :

1 - Drainage vésical :

Nous n'avons pas mentionné la mise en place de la sonde de Folley au début de l'intervention périnéale. Cette sonde permet quelques manoeuvres fort utiles. Elle pourrait à la rigueur être remplacée par un drainage sus pubien qui ne nous paraît pas essentiel ici. La sonde est maintenue ouverte pendant 6 jours (drainage fermé, son ablation entraîne quelquefois mais fort rarement une rétention d'urine post opératoire, beaucoup plus rare qu'après les "frondes sous uréthrales simples").

2 - La surveillance des résidus est très importante. Elle peut entraîner des pseudo-cystites en fin de miction par regorgement. Il ne faut pas hésiter à pratiquer quelques sondages après miction afin de s'en assurer. Un traitement préventif de l'affection urinaire liée au cathétérisme est parfois nécessaire, antibiotiques associés à ces sondages plutôt que simples antiseptiques. En fait une prophylaxie de l'infection au cours des cathétérismes devrait pouvoir limiter ces soins trop fréquents.

3 - Le tamponnement vaginal et compressif est maintenu 36 à 48 heures, assez longtemps pour stopper d'éventuels épanchements veineux, pas trop pour ne pas favoriser une ischémie prolongée des lambeaux vaginaux.

Une antisepsie locale sous forme d'ovules; est maintenue pendant une dizaine de jours au moins.

4 - Le drainage aspiratif dans le Retzius est maintenu à 5 jours selon les suintements.

5 - Traitement préventif des thromboses, variable selon le terrain et selon les possibilités. Le plus souvent traitement anti-coagulant systématique comme il est pratiqué dans la chirurgie gynécologique habituelle. Lorsqu'on dispose d'excellentes conditions, on peut envisager un traitement prophylactique de la thrombose au moyen de perfusions de Rhéomacrodex; de massages et de mobilisation très active et parfaitement contrôlée.

La malade est levée dès le lendemain et de façon pluriquotidienne, le départ du service d'hospitalisation est envisagé généralement entre le 10e et le 14e jour. La reprise d'activité varie selon le psychisme des patientes et la profession de 25 à 60 jours.

Citons les complications :

- thromboses, rétention, nécrose, hématomes etc...
- élimination tardive de nylons transvaginaux, migration à travers la muqueuse le plus souvent de façon asymptomatique.

IV - Les résultats anatomiques et fonctionnels peuvent être jugés au bout de quelques semaines, mais nous savons bien qu'il faudra attendre 2 ou 3 ans pour s'assurer d'un résultat définitif. Il est en général extrêmement bon, disparition totale de la poussée sous uréthrale, excellente orientation du canal vaginal, absence d'atrésie vaginale, reprise de la morphologie normale du col; fonction vésicale en général parfaite, au bout de quelques semaines.

B - Utérus prolabé

La laparotomie exploratrice va explorer l'importance de la ptose (on retrouve quelquefois des lambeaux de ventro-fixation) la profondeur du Doublas.

La statique utérine est essentielle, pour maintenir la prothèse mise dans l'étage inférieur, si bien que une ptose même modérée incite à sa correction. Elle est réalisée presque toujours par une pexie postérieure associée ou non à une exclusion du Douglas; voire même à une Douglassectomie.

Nous ne reviendrons pas sur ces méthodes de traitement, nous pratiquons une fixation de l'isthme utérin au ligament prévertébral au moyen de 2 nylons n°0 (deux fils par mesure de sécurité). Ces fils sont tendus très modérément, il faut que le hamac antéro postérieur garde une certaine élasticité faute de quoi les insertions "coupent" soit au niveau du col, soit au niveau de l'isthme. Le fil est recouvert par le péritonisation de la lèvre supérieure péritonéale (d'exclusion ou de douglassectomie). Un drainage aspiratif est indispensable également à ce niveau.

Lorsque l'on associe ces interventions de l'étage antérieur et postérieur, la fixation du lambeau cutané précervical peut également être assurée par voie abdominale en ouvrant le cul de sac antérieur. C'est ce que nous avons réalisé dans les premières interventions. La facilité de la fixation par voie basse nous y a fait presque définitivement renoncer.

Noter que le temps d'exclusion ou de douglassectomie, est assentiel si l'on veut co-riger ou prévenir la formation d'une élytrocèle. Le temps postérieur présente parfois de réelles difficultés lorsque l'on a affaire à des malades obèses.

Il est essentiel de terminer la périnéorraphie antérieure avant d'aborder la pexie prévertébrale. En effet, dans le cas contraire, la pexie, fixant le col en arrière, peut entraîner un excès de tension de la paroi vaginale antérieure, ce qui peut rendre sa suture très difficile. Par ailleurs, l'aseptie nous commande de fermer la porte d'entrée septique vaginale avant d'aborder la région OSSEUSE prévertébrale.

C - Utérus pathologique

L'association de ces différents temps à l'hystérectomie pour utérus pathologique, peut parfois poser de difficiles problèmes techniques (...) (fibrome, lésions annexielles et dystrophiques etc...) La constatation de lésions organiques de l'appareil génital associées à une ptose amène à discuter l'association de la technique d'exérèse des lésions et de la technique de réparation ou de prévention de la ptose.

Si le col est sain, malgré les traditions, nous le conservons très volontiers (tant il est utile pour assurer la fixation de la prothèse cutanée en avant, de la fixation isthmique en arrière). Lorsque le col est pathologique, on peut à la rigueur discuter de son ablation, nous préférons dans ce cas la technique d'Aldridge qui permet la conservation de tissu fibreux péri-cervical, permettant les fixations précédemment décrites avec de grandes précautions d'asepsie et d'antisepsie. La proximité de la cavité vaginale, peut entraîner de redoutables complications infectieuses dans les suites opératoires.

Il nous semble que, dans quelques cas douteux, on peut différer l'intervention visant à traiter ou à prévenir la ptose génitale, pratiquer une simple hystérectomie du type Aldridge et remettre à plus tard l'intervention de restauration statique. La pelote fibreuse laissée par l'intervention d'Aldridge pourra être utilisée ultérieurement avec le plus grand profit pour la fixation des prothèses, six à douze mois plus tard.

D - Les ptoses après hystérectomie

Nous savons combien la cure chirurgicale de ces ptoses pose de réelles difficultés. Lorsqu'il s'agit de malades très âgées et fatiguées. Par contre chez les femmes relativement jeunes, la conservation de la perméabilité vaginale est une nécessité absolue.

En cas d'hyxtérectomie subtotale, nous en revenons au schéma précédemment décrit, car il est possible de fixer la prothèse cutanée sur la face antérieure du col et de se servir également de cette pelotte cervicale pour réaliser un amarrage postérieur.

Après intervention du type Aldridge, la valeur de la pelote fibreuse est essentielle.

Les plus grandes difficultés se trouvent en cas d'hystérectomie totale suivie de prolapsus. Dans ces cas là on peut avoir recourt à une prothèse cutanée se prolongeant jusqu'au devant du promontoire. Cette prothèse sera fixée en avant sous la vessie selon les modalités précédemment décrites.

Au niveau du dôme vaginal, il est parfois difficile de trouver des éléments fibreux permettant de la fixer. Un artifice permet de trouver les tissus fibreux appropriés et d'éviter en même temps la transfixion vaginale des fils de nylon de prothèse. Il suffit d'introduire par voie basse une bougie d'assez fort calibre mettant en tension le dôme vaginal. Il est ainsi possible de retrouver au fond du vagin "des ailerons fibreux" sur lesquels on peut s'appuyer de façon assez valable. 2 à 3 points de nylon de chaque côté peuvent être ainsi mis en place sans danger et avec une réelle solidité de la suspension du dôme vaginal. Il faut bien reconnaître que la fibrose post opératoire viendra compléter la solidité de cet assemblage. La prothèse cutanée se prolonge en arrière (elle peut être singulièrement rétrécie en largeur afin de diminuer le volume, la surface du matériel apporté), elle est fixée à la face antérieure du promontoire par 2 à 4 points de nylon.

La périnéorraphie postérieure

La périnéorraphie postérieure doit être associée chaque fois qu'il existe un prolapsus postérieur et l'amorçe d'une rectocèle, une béance vulvo-vaginale. Selon les cas elle pourra être une périnéorraphie postérieure classique avec large

décollement recto vaginal. Adossement des releveurs ou bien se contenter d'une simple périnéorraphie superficielle avec avivement des tranches vaginales. Ce temps "postérieur" doit à notre sens toujours être réalisé en fin d'intervention, en raison des risques plus importants de contamination septique à laquelle il expose malgré toutes les précautions habituelles.

oOo

DISCUSSION DES AVANTAGES ET DES INCONVENIENTS DE LA VOIE COMBINEE

Ces avantages sont énormes, ils permettent des manipulations successives surtout si on a la chance de pouvoir réunir 2 opérateurs. Une grande simplicité dans les gestes, une plus grande rapidité d'exécution, une extension des indications en particulier chez les malades un peu obèses. Il ne faut pas minimiser les risques infectieux théoriques du fait de la contamination potentielle de l'association de ces deux voies. Toutefois les précautions pré opératoires, le changement fréquent de gants et de matériel au cours de l'intervention, la prévention des hématomes,une antibiothérapie générale et locale systématique peuvent prévenir de telles complications. Peu à peu, nous nous sommes enhardis à accepter ce risque au prix d'une plus grande rigueur technique. Il paraît en fait peu représenter un réel danger.

LES INDICATIONS

- Place de ces interventions

Elles se justifient si l'état général est bon; s'il n'y a pas de tare majeure et si l'obésité est acceptable; car cette tare représente un facteur d'énormes difficultés.

L'âge moyen se situe entre 35 et 70 ans, mais ces limites sont variables suivant l'importance des lésions et le terrain. 2 cas particuliers sont à envisager :

Chez les femmes très jeunes : aucun traitement n'est justifié si la ptose est modérée et s'il y a peu de signes fonctionnels. Par contre s'il y a de graves délabrements; invalidants, il faut opérer ces malades. Le traumatisme obstétrical a été responsable des lésions; si une nouvelle grossesse survient, on ne les exposera pas à de tels incidents et un accouchement chirurgical sera envisagé. L'intervention réparatrice est donc possible rendant ces femmes à une vie normale.

Chez les femmes âgées au delà de 60,65 ans, suivant le terrain, la voie basse prend une place prépondérante, puis exclusive.

Pour nous ces techniques périnéo-vaginales pures justifient leur choix de la contrindication de la voie combinée, tant nous trouvons dans l'intervention abdomino-périnéale d'avantages quant à la qualité de la restauration statique et fonctionnelle.

Les différentes tares : âges, diabète, obésité, hypertension viennent là perturber nos indications et nous font recourir selon le cas :

- à l'opération de Manchester avec les variantes que chacun a pu y ajouter,

- à l'hystérectomie vaginale, Campbell ou Crossen ou les deux,

- à la colpohystérectomie vaginale type Rouhier,

- aux cloisonnements vaginaux voire même à la ventro fixation accélérée telle qu'elle est pratiquée dans notre service par le Docteur DAFFOS.

Place des autres techniques à côté de notre intervention. Elle est bien entendu très large.

- en ce qui concerne l'incontinence d'urine nous avons recours dans de très nombreux cas, à des suspensions rétro pubiennes isolées ou à un simple hamac isolé. Il faut remarquer toutefois qu'entre le hamac et la prothèse en Y,

notre choix irait plus volontiers à cette dernière, car sa mise en place est presque aussi rapide et elle expose moins que la bandelette à des rétentions d'urines post opératoires. Ce fait ressortira de l'analyse de nos résultats.

L'opération de Wertheim-Schauta est parfaitement justifiée dans les cystocèles isolées mais ses indications sont draconiennes : il faut :

- que l'utérus soit bien en place, ni trop gros ni trop petit,

- que le reste de l'appareil génital soit parfaitement sain, qu'il n'existe aucune incontinence d'urines réelle ou potentielle (cette intervention pouvant les aggraver) et une plicature sous-urétrale systématique est fortement conseillée.

Enfin on a toujours après cette intervention, la crainte d'une ultérieure dégénérescence endométriale qui, en pareil cas, poserait de réels problèmes de diagnostic et de traitement.

oOo

VII - RESUME DES OBSERVATIONS

Cas n° 1 - Mme L... 52 ans

HYSTERO CYSTOCELE 2/3 D° (Vessie 2/3 - Utérus 2 D°, INCONTINENCE)

Ant. Obs. 1 act. N.T., 3150 g.

Gyn. G E U droite, annexectomie.

Incontinence découverte en 73.

C.R.O. Pr. THOYER-ROZAT : le 5.7.73.

- Hystérectomie vaginale avec conservation annexielle.
- Lambeau cutané sous vésical + colporraphie antérieure sans résection,
- Colporraphie postérieure avec myorraphie et résection vaginale.

Suites immédiates :Suppuration pariétale, bon résultat anatomique et fonctionnel.

Janv. 74 : récidive partielle du prolapsus vaginal antérieur, pas d'incontinence.

2e C.R.O. 22.1.74 :

- Colporraphie antérieure avec résection de 2 lambeaux de 5 x 2 cm
- Colporraphie postérieure.

Bonnes suites immédiates.

A distance : 7.3.74 : bon résultat anatomique et fonctionnel.

Cas n°2 - Mme S. 58 ans

PROLAPSUS COMPLET : Urétro cystocèle 2 D°. Rectocèle, hystérocèle.

INCONTINENCE.

Ant. Gyn : Ménopause à 45 ans.

Obs. 8 grossesse : 4 ant. 4 FCP curetées.

C.R.O. du 6.6.73 : Pr. SENEZE

- temps abdominal : lambeau cutané en "Y" pexie au ligament prévertébral Drainage.

- temps périnéal : fixation de laprothèse au col. Périnéorraphie antérieure et postérieure.

Suites immédiates bonnes.

- à distance : 16.3.74 : bon résultat anatomique et fonct.

Cas n°3 - Mme K... 51 ans

RECIDIVE DE PROLAPSUS COMPLEXE AVEC HYSTERECTOMIE TOTALE.

Ant. obs. 1 ant. 2 G E U avec ana salpingectomies.

Gyn. 49 intervention sur l'ovaire ?

66 hystérectomie totales pour fibrome.

67 cure de prolapsus, pas de notions sur la technique.

Clinique : pas de troubles mictionnels, cystocèle +++

- élytrocèle (diagnostic per opératoire)

- pas d'INCONTINENCE

C.R.O. Pr. SENEZE : le 24.1.74 :

- fixation d'un lambeau en "Y" par voie mixte du dome vaginal,

- promonto-fixation du dome. Douglassectomie.

- Drainage aspiratif.

Suites immédiates simples.

A distance, 2 mois après l'intervention : syndrome occlusif par incarcération d'un anse grèle dans une brèche de la péritonisation du Douglas. La résection intestinale n'est pas nécessaire. On constate que le montage de la grèffe est satisfaisant.

-occlusion fonctionnelle dans les suites, guérie par le traitement médical.

Cas n°4 - Mme C. 78 ans

PROLAPSUS DU 3e D° avec INCONTINENCE récente :

Utérin total, ulcération du vagin et du col

cystorectocèle.

Ant. Med. H T A permanente entre 25 et 16

Cataracte bilatérale opérée.

Gyn : ménopause à 42 ans

Obs. 3 acc. T N T Gros enfants : 4 kg et 4,5 kg.

Par ailleurs : bon état général. Traitement pré opératoire : ovules de terramycine, distibène 1 mg/j, soins locaux au physohex.

C.R.O. 25.4.72 : Pr. THOYER ROZAT

- Lefort Mocquot sur le vagin
- fronde sous vésicale par bandelette cutanée.
- temps postérieur : froncement du rectocèle, colpectomie postérieure.

Suites immédiates : petite métrorragies, régression spontanée au bout de quelques jours. Secondaires : bonne cicatrisation, bon résultat fonctionnel.

Oct. 72 : bon résultat statique mais petite ulcération des petite et grande lèvres gauches. Traitée par le nitrate d'argent. La malade est revue en janvier 74 à l'occasion d'une vulvite ulcéreuse à champignons. On note à cette occasion un bon résultat fonctionnel.

Cas n°5 - Mme G. 42 ans

PROLAPSUS COMPLET : cysto recto hystérocèle 2 D°. Rétroversion.

Ant. obs. : 4 accouchements dont 3 enfants de 4 kg (1 forceps).

C.R.O. 7.11.72 : Pr. SENEZE.

- prothèse cutanée en "Y"
- colpopérinéorraphie antérieure et postérieure,
- pexie de l'isthme au disque L5/S1 et douglassectomie,
- ligature des trompes.

Suites opératoires normales, bon résultat immédiat.

Cas n°6 - Mme H. 58 ans

PROLAPSUS TOTAL COMPLETEMENT EXTERIORISE AVEC DOULEURS PELVIENNES ET INCONTINENCE D'effort.

Ant. obs. 3 accts.

Gyn : hystérectomie sub totale pour fibromes en 60

Apparition du prolapsus en 68.

Med. : coronarite discrète.

Bilan pré opératoire complet avec colpocystogramme.

C.R.O. le 25.10.72 Pr. THOYER ROZAT

- hamac de peau sous vésical,

- colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie.

- pexie de l'isthme (moignon-) impossible du fait des nombreuses adhérences digestives.

Suites immédiates : reprise difficile du transit intestinal.

Difficulté de l'équilibrage du traitement anticoagulant. Suspicion d'une fistule rectovaginale non objectivée par la suite; Hospitalisation : 28 jours.

A distance : la malade est revue au bout de 3 mois. On note un bon résultat sur la statique pelvienne et surl'incontinence.

Par contre le col utérin apparaît à la vulve sans toutefois s'extérioriser . Ceci est probablement du au fait que l'on a pu réaliser l'isthmopexie.

Cas n° 7 - Mme R. 50 ans

CYSTOCELE DU 1er D° avec INCONTINENCE D'effort.

- col utérin abaissé à la traction mais n'apparaissant pas à la vulve.

Ant. Gyn : encore réglée mais troubles fonctionnels de la ménopause.

Obs : 2 accouchements dont 1 forceps.

Chi. : appendicectomie, stipping

Med : typhoïde en 56 : ulcère gastrique depuis 63.

C.R.O. le 28.8.72 : Pr. SENEZE

- hamac cutané en "Y" selon la technique habituelle,

- pexie de l'isthme au ligament prévertébral,

- colpectomie antérieure. Redon.

Suites immédiates : bonne cicatrisation, sortie au bout de 10 J.

Secondaires : le 22.9. soit 1 mois après l'intervention, la malade est revue pour tuméfaction sus pubienne, persistant après cathétérisme vésical. Evacuation chirurgicale d'une collection citrin sus aponévrotique (400 ml).

En nov. 72 : la malade est revue à l'occasion de métrorragies, on constate une bonne statique pelvienne, pas d'incontinence.

En mai 73 : nouvel épisode de métrorragies. On envisage une HSG.

La statique pelvienne demeure bonne. Pas d'incontinence.

Cas n°8 - Mme J. 40 ans

URETRO CYSTOCELE DU 2e D°, avec légère INCONTINENCE d'effort.

- col utérin en position normale.

Ant. Obs. 8 accouchements + 4 FC curetées.

Chir : appendicite; ovariectomie droite.

Med : 2 hépatites virales, 1 péricardite virale.

Bilan pré opératoire avec Colpocystogramme.

C.R.O. le 19.7.72, Pr. SENEZE

- Hamac sous vésical cutané en "Y" par voie mixte

- fixation aux grands droits, suture de la base de l'Y à la face antérieure de l'isthme utérin. Colpopérinéorraphie antérieure.

- Promonto fixation de l'isthme.

- Biopsie ovarienne gauche révélant une dystrophie scléro kystique.

Suites immédiates normales, bon résultat immédiat.

Cas n° 9 - Mme G. 37 ans

PROLAPSUS UTERIN DU 1er D° avec rétroversion. RECTOCELE avec incontinence anale. CYSTOCELE 1 D° pas d'incontinence.

Ant. Obs. 3 accouchements de gros enfants (4200/4000/3970 g avec un périnée complet au 1er accouchement. 1 FCS au 5e mois pour placenta praevia.

Gyn. les prolapsus avec l'incontinence avaient été découverts après le 2e accouchement mais l'intervention n'a pu être faite à ce moment du fait d'une nouvelle grossesse.

C.R.O. le 25.4.73 : Pr. SENEZE

- par voie mixte, lambeau cutané en "Y" sous vésical,
- Colpopérinéorraphie antérieure,
- Exclusion du Douglas; Pexie isthmique, ligature des trompes.
- Périnéorraphie postérieure avec myorraphie et suture du sphincter anal.

Suites immédiates : bonnes malgré une petite infection vaginale retardant la cicatrisation. Sortie au 12e j. bon résultat sur l'incontinence.

Secondaires : Revue 2 mois après : bon résultat sur l'incontinence rectale; bonne statique pelvienne, pas d'incontinence urinaire.

Cas n° 10 - Mme B. 60 ans

COLPO CYSTOCELE DU 2e D°, RECTOCELE du 1er D°

Pas d'incontinence d'effort patente.

Ant. Obs. 1 acct. N.T. en 1935

Gyn. en 52 : hystérectomie sub totale pour fibromes.

Med : diabète depuis 3 ans. Glaucome en 56, poussées hypertensives. Le bilan cardio pulmonaire pré opératoire révèle l'existence d'une surcharge droite.

C.R.O. Pr. SENEZE le 21.3.73 :

- voie mixte : lambeau cutané en "Y" passant sous le col vésical fixé d'une part au moignon de col vésical, d'autre part à l'aponévrose des grands droits. Par ailleurs, fixation du col au ligament prévertébral.

- exclusion du Douglas,

- périnéorraphie avec plicature du fascia de Halban.

Suites immédiates : nécrose ischiémique d'une partie de la lèvre ant. du col et de la paroi vaginale antérieure, qui cicatrise sous antibiotiques. Petite infection urinaire.

Secondaires : Mai 73 - Bonne cicatrisation, bonne statique pelv.

Nov. 73 : pas d'incontinence, état anatomique satisfaisant.

Cas n° 11 - Mme M. 50 ans

PETITE INCONTINENCE D'EFFORT. URETROCELE sans cystocèle, utéris un peu gros, rétrofléchi. En position normale.

Ant. Gyn. Cycles un peu irrégulier.

obs. 2 accouchements normaux : 3800/3200

C.R.O. le 10.1.73 : Pr. SENEZE

Fronde cutanée en "Y" avec colporraphie antérieure.

- technique habituelle par voie mixte,

- exclusion du Douglas.

Par voie basse, fixation de la prothèse au col utérin puis au col vésical. Résection vaginale et suture du fascia de Halban.

- fixation des cornes de la prothèse à l'aponévrose des grands droits. Redon prévésical.

Suites immédiates bonnes.

Secondaires : en juin : bon résultat anatomique et fonctionnel. Ce résultat est confirmé 20 mois après.

Cas n° 12 - Mme C. 38 ans

PROLAPSUS ANCIEN AVEC INCONTINENCE D'EFFORT.

Ant. Obs. 5 grossesses, 1 éclampsie, gros enfants 4200 g.

- col utérin abaissé à la vulve par traction
- urétro cystocèle 2 D° avec incontinence objectivée à la poussée,
- vaginite.

C.R.O. le 19.5.72 Pr. SENEZE.

Par voie mixte :

- mise en place d'une prothèse cutanée en "Y" fixée à la face antérieure du col, passant sous la vessie dont les cornes seront fixées à l'aponévrose des grands droits.
- pexie isthmique au ligament prévertébral.
- colpopérinéorraphie antérieure. Redon prévésical.

Suites immédiates : 15 jours après : petit hématome péri rectal.

Petite dysurie à l'effort.

Secondaires : en juillet 73, soit 14 mois après l'intervention urétral à l'effort.

Cas n° 13 - Mme C. 58 ans

URETRO CYSTOCELE 2 D°. HYSTEROCELE 2 D°. récidivé.

Ant. Obs. 4 grossesses dont une gemellaire.

Chi : 2 hernies, intervention sur le périnée en 49 (pellenda ?)

- périnée postérieur normal.

C.R.O. le 11.5.73 : Pr. SENEZE.

- par voie mixte : découverte d'une suspension utérine ligamentaire type Pellenda. Volumineuse élytrocèle.
- fixation d'une prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.
- colpopérinéorraphie antérieure avec plicature du fascia de Halban.
- dissection du sac d'élytrocèle par voie basse. Périnéorraphie postérieure,
- Douglassectomie et pexie du col utérin au ligament prévert.
- redou prévésical.

Suites immédiates bonnes mis à part une petite infectionuminaire.

Secondaires : bon résultat.

Cas n° 14 - Mme R. 49 ans

URETRO CYSTOCELE 2 D° avec INCONTINENCE d'effort.

Hystéroptose du 1 D° gros utérus fibromateux.

Périnée postérieur normal.

Ant. Gyn. 3 acct. N.T. 3.000 g. 1 FCS suretée.

Gyn. Cycles réguliers 26/4 j

Chi. : cholécystectomie en mai 72

Med. : hyperthyroïdie équilibrée par du Néomercazole.

C.R.O. le 4.9.74. Pr. SENEZE

- par voie mixte hystérectomie subtotale. Pexie du moignon au ligament précertébral.

- fixation d'une prothèse en "Y" selon la technique habituelle,

- Comporraphie antérieure.

Suites immédiates : simple sortie au 14e j.

Secondaires : 2 mois après : très bon résultat sur la statique pelvienne et sur l'incontinence, bonne cicatrisation.

Cas n° 17 - Mme D.

URETROCELE 1 D°, RETROVERSION TOTALE. MASSE LATERO CERVICALE GAUCHE. INCONTINENCE à la toux + pollakiurie diurne intense.

Ant. Obs. 2 ant. 1 fc.

Colpocystogramme : incontinence d'effort, cervico-cystoptose. Hystéroptose majeure.

H S G normale, trompes perméables.

C.R.O. 18.2.73 : Pr. SENEZE.

- Hamac en "Y" selon la technique habituelle après hystérectomie subtotale Suspension du moignon au ligament prévertébral. Annexectomie gauche. Douglassectomie.

- Périnéorraphie antérieure.

Suites immédiates : simples, pas de rétention.

Secondaires : 4 mois après il persiste une légère incontinence qui cède à quelques semaines de rééducation.

En mai 74 soit 15 mois après l'intervention, on note une bonne statique pelvienne et une continence normale.

Cas n° 19 - Mme B. 53 ans

PROLAPSUS TOTAL EXTERIORISE sans incontinence.

Ant. Obs. 2 ant.

Ex : Obésité, urétro cystocèle du 2/3 D°, hystérocèle 2 D°

- rétroflexion, périnée postérieur éculé.

C.R.O. 20.11.72 :Pr. SENEZE

- prothèse en "Y" selon la technique habituelle
- isthmopexie; exclusion du Douglas
- Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure.

Suites immédiates : simples, bon résultat sur la statique pelvienne et sur l'incontinence.

Cas n° 19 - Mme G. 42 ans

INCONTINENCE D'EFFORT MODEREE, URETRO CYSTOCELE 2 D°

- Col abaissé au 1/3 inférieur du vagin.

Ant. Obs. 4 ant. gros enfants : 4 kg.

C.R.O. le 13.4.73 : Pr. SENEZE

- par voie mixte, prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle,
- Pexie isthmo pré vertébrale, exclusion du Douglas
- Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie.
- Annexectomie droite.

Suites immédiates : bonnes.

Secondaires : malade revue en mars 74 soit 11 mois après l'intervention. Bonne statique pelvienne, pas d'incontinence.

Cas n° 20 - Mme I. 51 ans

PRLLAPSUS TOTAL EXTERIORISE 2/3 D°, sans incontinence

C.R.O. 19.1.73. Pr. SENEZE

Découverte d'une importante élytrocèle.

- prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.
- colpopérinéorraphies antérieure et postérieure avec myorraphie,
- Isthmopexie prévertébrale. Exclusion du Douglas

Suites immédiates : simples, bon état anatomique et fonctionnel.

Cas n° 21 - Mme Th. 47 ans

PROLAPSUS TOTAL DU 2e D°. INCONTINENCE d'effort modérée.

Ant. Obs. 3 act. N.T. 2600/2400/3000.

1ère intervention : 21.11.61 - PR. SENEZE

- prothèse en "Y" selon la technique habituelle, pexie isthmo prévertébrale. Périnéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie. Voie mixte.

Suites immédiates : rétention prolongée d'urine ayant nécessité plusieurs épisodes de sonde à demeure; elle a cédé au bout de 2 mois environ.

Secondaires : 1 an après l'intervention, une petite récidive de l'incontinence d'effort apparaît, la statique pelvienne est normale. Progressivement l'incontinence s'aggrave légèrement. En 70, apparaît une récidive de prolapsus : cystocèle 1 D°.

22.6.72 : 2e intervention : laborieuse, suspension du col vésical. Bonnes suites.

En 74 Juillet : soit 2 ans après la 2e intervention: on note un urètre en place légère ptose du bas fond. Pas d'incontinence.

Cas n° 22 - Mme B. 70 ans-

INCONTINENCE D'EFFORT depuis 1 an, URETRO CYSTOCELE 1 D°

Ant. Obs. 1 acct. siège.

C.R.O. le 2.11.72 : Pr. SENEZE

Simple fronde cutanée par voie mixte, périnéorraphie antérieure.

Suites immédiates : simples.

Secondaires : bon résultat anatomique et fonctionnel au bout de 2 mois.

Cas n° 23 - Mme L. 46 ans

URETRO CYSTOCELE du 3e D°. Légère incontinence d'effort. Déficit du périnée postérieur. Obésité.

Ant. Obs. 3 ant. laborieux (1 de 4230 g.)

C.R.O. le 22.3.73. Pr. SENEZE :

- Prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.
- Pexie isthmo prévertébrale.
- Périnéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie.

Suites immédiates : simples.

Secondaires : 15 mois après l'intervention : bonne statique pelvienne, pas d'incontinence.

Cas n° 24 - Mme L. 65 ans

URETRO CYSTOCELE

C.R.O. 14.6.73. Pr. SENEZE

- Prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.

- Périnéorraphie antérieure.

- Suites immédiates simples, bon résultat.

Cas n° 25 - Mme H. 60 ans

RECIDIVE DE PROLAPSUS : URETRO CYSTOCELE 1° D° INCONTINENCE d'effort.

C.R.O. 18.1.73 : Pr. SENEZE.

Prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.

Périnéorraphie antérieure et postérieure.

Suites immédiates : bonnes

Secondaires : 3 mois : bonne statique, bonne continence.

Cas n° 26 - Mme A.

URETRO CYSTOCELE 1°D° INCONTINENCE moyenne, récidivée.

Ant. Gyn. Intervention par voie basse pour incontinence en 72.

Ex. Myomatose utérine à l'HSG

Cervico cystoptose au C.C.G.

C.R.O. le 8.2.73 Pr. SENEZE

- hystérectomie subtotale avec conservation annexielle,

- prothèse en "Y" selon la technique habituelle.

- Pexie prévertébrale du moignon du col utérin.

Suites immédiates : simples

Secondaires : 3 mois : excellent résultat.

Cas n° 27 - Mme. R. 36 ans

CYSTOCELE 3°D° découvert entre la 2e et la 3e grossesses.

HYSTEROCELE 2°D° : rétroflexion périnée postérieur en mauvais état.

Ant. Chi. néant.

Obs. 3 ans. 3 kg.

C.R.O. Pr. SENEZE le 7.6.73.

Par voie mixte, prothèse en "Y" selon la technique habituelle isthmopexie au ligament prévertébral. Douglassectomie. Ligature des trompes; périnéorraphie antérieure et postérieure.

Suites immédiates : normales.

Secondaires : revue en aout 74 soit 14 mois après l'intervention.

On note : bon résultat anatomique et fonctionnel.

Cas n° 28 - Mme S. 61 ans

URETRO CYSTOCELE 2°D°, HYSTEROCELE 2°D°, RECTOCELE, ELYTROCELE.

Ant. Chi. : hystérectomie subtotale à 52 ans.

C.R.O. 10.5.73 : Pr. SENEZE.

Prothèse cutanée en "Y" fixée au moignon de col, puis directement au ligament prévertébral. Douglassectomie.

Périnéorraphie postérieure avec myorraphie.

Suites immédiates : simples

Secondaires : en aout 74, soit 14 mois après l'intervention, on note un excellent résultat anatomique et fonctionnel.

Cas n° 29 - Mme D. 44 ans

HYSTERO CYSTOCELE avec INCONTINENCE d'effort.

C.R.O. le 7.4.74. Pr. SENEZE.

Prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.

- isthmopexie prévertébrale.
- périnéorraphie antérieure et postérieure.

Suites immédiates : bonnes.

Secondaires : 1 mois après l'intervention on note une déchirure vaginale par laquelle on aperçoit la prothèse. La statique pelvienne est bonne.

2 mois après, le vagin est entièrement cicatrisé, la statique pelvienne est bonne, pas d'incontinence.

Cas n° 30 - Mme Z. 58 ans

RECIDIVE D'INCONTINENCE

C.R.O. 4/5/74. Pr. SENEZE

Hamac de peau sous vésico aponévrotique. Périnéorraphie postérieure par voie mixte.

Suites immédiates : complication veineuse, thrombo phlébite, superficielle cédant sans autre complications au traitement anticoagulant.

Secondaires : résultat satisfaisant.

Cas n° 31 - Mme V. 39 ans

URETROCELE 1°D°, RECTOCELE 1°D°. Sans incontinence.

Ant. Obs. 2 accouchements de 4000 g. dont 1 forceps.

C.R.O. le 4.7.74 Pr. SENEZE

Prothèse cutanée en "Y" selon la technique habituelle.

- Périnéorraphie antérieure et postérieure.
- Douglassectomie. Pexie isthmo prévertébrale.
- Raccourcissement des ligaments ronds; ligature des trompes.

Suites immédiates; légère infection urinaire, sortie au 14e J.

Secondaires : revue 3 mois après (sept. 74). Bon résultat anatomique et fonctionnel.

oOo

VIII - ANALYSE DES CAS OBSERVES

1 - LES ANTECEDENTS.

Ils sont résumés dans le tableau suivant.

Age	Supérieur à 50 ans	20
	Compris entre 40 et 50	7
	COMPRIS entre 35 et 40	4
FACTEURS	Traumatisme obstétrical	13/23
ETIOLOGIQUES	Ménopause	22/31
HYSTERECTOMIES		6
RECIDIVES : interventions antérieures pour prolapsus		6

TABLEAU I

COMMENTAIRES

AGES

En ce qui concern eles âges, on voit que les deux tiers sont des femmes ménopausées. Les autres peuventêtre qualifiées d'âge préménopausique :

- 5 sont en activité génitale,
- 2 sont ménopausées (dont 1 chirurgicale).

La plue jeune a 36 ans.

LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Il est caractéristique de noter que la ménopause à elle seule peut être retenue dans les 2/3 des cas. Bien que son rôle ne peut être que relatif. Dans

LES 9 cas qui restent le traumatisme obstétrical peut être retenu de façon certaine 6 fois :

- grande multiparité (= ou sup. à 4)
- poids élevé (au moins 2 enfants sup.à 4 kg.)
- forceps, dystocie.

Dans les 3 cas restants, bien qu'il s'agisse au moins de 3e pare avec enfants de poids moyen, on a pu retenir à chaque fois un autre argument étiologique :

- 1 hystérectomie subtorale
- 1 récidive de prolapsus
- 1 femme chez qui le prolapsus était apparu après sa 2e grossesse. Il avait ensuite été aggravé par une 3e grossesse.

Les facteurs étiologiques classiques ont été retenus avec la fréquence suivante :

- la ménopause dans 2/3 des cas
- le traumatisme obstétrical dans la moitié des cas
- les hystérectomies dans 1/5 des cas
- les récidives dans 1/5 des cas.

Dans tous les cas, au moins 1 des facteurs a été objectivé, dans 1/4 des cas, il existait 2 facteurs. Ces résultats sont donc tout à fait en accord avec ce qui a été dit sur l'étiologie des prolapsus.

2 - LES INDICATIONS OPERATOIRES

Les affections les ayant motivées sont résumées dans le tableau II

Commentaires :

1 - Toutes les opérées de la série que nous présentons souffraient d'un collapsus antérieur.

- dans 6 cas, ils étaient isolés, mais entraînaient toujours une incontinence d'effort. La moitié de ces cas étaient des récidives. Dans les autres cas

il s'agissait de prolapsus importants (2e/3e degrés) avec des tissus périnéaux très délabrés : 1 grande multipare (8 accouchements + 4 FC) 2 femmes âgées (65 et 70 ans) avec importante atrophie ménopausique. L'incontinence étant chaque fois très importante. Donc, dans ces 3 seuls cas d'apparence simple; il n'y avait pas d'autres solutions qu'une prothèse si l'on voulait être efficace.

LESIONS	NOMBRE DE CAS		POURCENTAGE
Urétro cystocèle	31	D°1 9 D°2 17 D°3 5	100 %
I.U.E. associée		19	60 %
Hystérocèle en +	21	D°1 6 D° 11 D°3 4	66%
Rectocèle en +	12		33 %
Elytrocèle en +	3		10 %
Récidives	6		20 %
Hystérectomie ant.	6		20 %
Prolapsus antérieur isolé	6		20 %
Prolapsus double	16		59 %
Prolapsus totaux	9		30 %

TABLEAU II

2) Le tableau nous montre que dans tous les autres cas il s'agissait de l'association de plusieurs prolapsus (25 cas) ou de récidive de prolapsus antérieur (3 cas). Donc, 9 fois sur 10 il s'est agi de prolapsus complexe, compliqué encore par le fait que dans 10 cas il n'existait plus d'utérus; soit qu'il ait été enlevé avant (8 cas) soit que l'ablation ait été nécessaire au cours de l'inter-

vention (4 cas). On notera également le grand nombre de prolapsus à degré élevé.

En ce qui concerne l'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT, le tableau nous montre qu'elle a été objectivée dans 60 % des cas par l'examen clinique. Dans tous les autres cas (40 %) il s'agissait de plusieurs prolapsus associés; l'effet pelote des ptoses utérines et rectales étant mis en évidence chaque fois.

Il a été nécessaire d'utiliser le colpocystogramme; (C.G.G.) 4 fois pour préciser l'importance de la ptose antérieure, dont une fois pour récidive. On peut donc dire en conclusion que notre série réunit, dans la totalité des cas, des prolapsus complexes, donc difficile à traiter, justifiant pleinement l'utilisation des prothèses, afin de traiter une incontinence souvent patente, ne demandant les autres fois qu'à apparaître, aussitôt l'effet "pelote" réduit.

3 - LES TECHNIQUES OPERATOIRES UTILISEES

Le tableau III met en évidence le fait que l'on a utilisé beaucoup plus fréquemment les prothèses cutanées en "Y" (83 %) que les simples hamac (17 %). Cela tient évidemment à la très grande fréquence des prolapsus associés de la série, indication par excellence de la greffe en Y. Les hamacs antérieurs étant réservés aux seuls cas de cystoptose isolés. La comparaison des tableaux des indications et des techniques est globalement concordante :

- 25 prolapsus complexes - 25 prothèses en Y
- 6 prolapsus antérieurs isolés : 6 frondes antérieures.

En fait, il existe des discordances liées à des cas d'espèces. Ainsi, des hamacs ont été posés, dans des prolapsus complexes soit pour des raisons d'habitude de la part de l'opérateur, parce que, cela paraissait suffisant (cas n°4 avec intervention de Lefort).

En revanche, des prothèses en "Y" ont été posées dans les prolapsus antérieurs isolés, soit parce qu'il s'agissait de récidives, soit parce que le montage paraissait devoir être plus fiable.

On voit donc que tout en respectant des principes de base, les opérateurs ont posé leurs indications avec un certain éclectisme.

TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Prothèse en "Y"	25	83 %
Fronde antérieure	6	17 %
Périnéorraphie antérieure	28	93 %
Périnéorraphie post. + myorraphie des rel.	19	63 %
Pexie au Ligt. prévertébral.	23	76 %
Douglassectomie	13	43%
Hystérectomie	4	13 %
Autres interventions associées.	5	16 %

TABLEAU III - Techniques opératoires

En ce qui concerne les gestes opératoires associés à la prothèse, ceux-ci ont été nécessaires dans tous les cas sauf 1 (obs. 22).

1) - Pour traiter les autres composantes du prolapsus :

- pexie au ligament prévertébral (3/4 des cas) en cas d'hystéroptose la Douglassectomie étant souvent associée à ce geste.

2) - Pour renforcer le montage antérieur : Périnéorraphie antérieure avec plicature fréquente du fascia de Halban (93 % des cas).

Dans les rares cas où on s'en est passé, il s'agissait de récidives, ce temps était impossible à pratiquer.

La périnéorraphie postérieure avec myorraphie des releveurs s'est avérée nécessaire dans 63 % des cas. Une fois sur deux parce qu'il existait un rectocèle

(33 % des cas). Dans l'autre moitié des cas l'état déficient des releveurs expliquait en partie le prolapsus antérieur. Dans un tiers des cas on s'est abstenu de ce temps, l'état des releveurs étant satisfaisant.

Notons enfin qu'en cas d'hystérectomie (10 cas), il é toujours été effectué une fixation au ligament prévertébral, 9 fois du col, 1 fois du dome vaginal. Cette pexie a été habituellement pratiquée directement avec des fils de nylon sauf une fois où nous l'avons réalisée par l'intermédiaire de la bandelette cutanée.

L'analyse des techniques de cette série nous montre donc qu'à côté des prothèses, il a toujours été pratiqué des temps complémentaires destinés à traiter les autres éléments du prolapsus associés à la cystoptose. Nousn'insisterons pas davantage sur l'intérêt qu'il y a de rétablir la SOLIDARITE entre les organes si l'on veut être très efficace.

4 - LES COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

Il convient d'abord de dire que dans 17 cas sur 31 aucun incident n'a été à déplorer.

- Les surinfections : ont toujours été minimes, rapidement jugulées; le traitement antibiotique. Les plus fréquentes ont été urinaires (3 cas), malgré les précautions prises, cela est probablement dû au maintien de la sonde de Foley pendant 6 jours. Le petit nombre et la bénignité de ces incidents font que les opérateurs préfèrent laisser cette sonde 6 jours car elle donne par ailleurs d'excellents résultats sur la classique rétention post opératoire.

- Les rétentions d'urine : il convient d'abord de faire le distinguo entre les reprises plus ou moins tardives de la diurèse et les rétentions prolongées.

A - 2 cas de rétentions prolongées sont à déplorer sur 31 cas soit dans 6,5 % des cas. Il est intéressant de comparer ces chiffres avec ceux d'autres séries déjà publiées. Par exemple dans celle qui fut publiée en 1972 au congrès de

Nature des Complications	DETAILS	CAS	POURCENTAGE
INFECTIEUSES	Sup. parit. 1 Sup. vaginale 1 3 infect.Urinar.	N°1 n°9 N°10,13,31	5/31 = 16,5 %
Rétention prolongée d'urine	1 rétention 1 M 1 rétention 2 M	N° 15 n° 21	2/31 = 6,5 %
Nécrose	1 nécrose vagin.	N° 19	1/31 = 3 %
autres complications.	1 occlusion 2 épanchements 1 phlébite sup. 1 déchirure vag.	N° 3 N° 7 et 12 N° 30 N° 29	6/31 = 20 %

TABLEAU IV - Résumant les complications post opératoires.

Tunis par Mrs. CERBONNET, BETHOUX et M. HUGHIER. On note que ces auteurs déplorèrent 12 complications de ce genre sur 97 cas opérés, soit 12,3 %. Or ces auteurs avaient utilisé :

- la peau dans 29 cas où l'on nota une dyskinésie simple,

- du tissu synthétique dans 68 cas suivi de rétention urinaire dans 10 cas.

Notre série confirme ces résultats, à savoir que l'utilisation de la peau permet de diminuer considérablement le nombre de rétention d'urine post opératoire (de moitié dans l'exemple choisi).

Analysons nos deux cas de rétention :

- Mme L.. Cas n° 15 : la rétention s'est prolongée au delà du 20e jour. Elle a guéri définitivement après 8 jours de sonde à demeure suivie de quelques sondages espacés pendant une dizaine de jours.

- Le cas de Mme T. cas n° 21 est particulier. D'abord parce que c'est le plus ancien de la série et on peut alléguer qu'à cette époque la mise en tension des bandelettes n'était pas aussi bien maitrisée que maintenant. Ensuite, il s'agissait d'une femme qui s'est révélé être par la suite une grande psychopathe; on peut donc exprimer des doutes quant à l'organicité de cette rétention. Le même traitement que dans le cas précédant a été institué, tout était complètement rentré dans l'ordre 2 mois après l'intervention.

Notons qu'il n'a jamais été nécessaire de réintervenir pour détendre la prothèse, tel que cela a été décrit dans certaines statistiques de prothèses alloplastiques.

B - Par ailleurs, il faut noter quelques cas de reprise tardive de la diurèse (quelques jours après l'intervention).

Ces inconvénients ont été plus fréquents avec les hamacs antérieurs qu'avec les frondes en "Y". Ceci est conforme à la logique car les hamacs, passant sous l'angle postérieur du col (de droite à gauche) peuvent facilement comprimer cette région pour peu qu'ils soient un peu trop tendus et entreîner ainsi des dyskinésies, leurs surfaces de contact avec la vessie étant par ailleurs relativement restreinte. Par contre avec les frondes en "Y", ce phénomène a moins de chances de se produire car, c'est la base de l'Y, large qui soutient non seulement le col vésical mais aussi le trigone. Cette surface de contact, large et orientée d'avant en arrière, irrite moins la jonction urétro-cervicale très fragile. C'est une des raisons pour lesquelles les opérateurs utilisent de plus en plus la prothèse en "Y".

AUTRES COMPLICATIONS

Les nécroses vaginales [illegible]

Dans cette série, on a observé 1 cas de nécrose vaginale (cas n°10) Il s'agissait d'une nécrose i[illegible] apparaissant une première fois à [illegible]

térieure. Après traitement antiseptique local, on obtint une cicatrisation complète au bout de 6 semaines.

Cet exemple est significatif des nécroses vaginales post opératoires que les opérateurs déplorèrent à 3 reprises depuis qu'ils procèdent à la mise en place de prothèse cutanée. Dans 2 cas, il s'agissait manifestement de complications favorisées par les hématomes; d'où l'importance de les prévenir de façon minutieuse au cours des décollements, par des manoeuvres douces, par une hémostase aussi systématique que possible et par un tamponnement vaginal provisoire.

Le 3 e cas : on pouvait incriminer le "terrain". Il s'agissait d'une diabétique, et l'aspect nécrotique et évolutif des lésions paraissait bien évoquer ce terrain vasculaire des diabétiques susceptibles de réaliser des ischiémies localisées. Citons à ce propos Mr. SENEZE "Dans les 3 cas, nous n'avons pas touché à la prothèse, nous avons poursuivi les traitements antiseptiques locaux, éliminé des lambeaux vaginaux nécrosés et patientés.

Chaque fois on a assisté à une vitesse plus ou moins grande (entre 3 à 8 semaines) à la reconstitution du tissu vaginal qui recouvrit systématiquement et complètement la prothèse cutanée laissée en place. C'est dire que jamais chez nos malades, nous n'avons été contraints à ces ablations laborieuses et dangereuses qui sont parfois timidement citées à propos des complications des prothèses au nylon".

- Une occlusion post opératoire fut à déplorer dans le cas n° 3, 2 mois après l'intervention. La réintervention permit de constater que l'occlusion était due à l'incarcération d'une anse grêle dans une petite brèche au niveau de la péritonisation du Douglas. Cet incident souligne le soin qu'il faut apporter à la péritonisation de la lèvre supérieure du Douglas, lorsque l'on exclut la partie inférieure de celui-ci : ce geste est parfois rendu difficile du fait de la tension qui règne au niveau de ce péritoine fragile. C'est dire l'importance qu'il y a à ne pas trop tendre les fils de pexie.

- Une collection sus aponévrotique, sus pubienne de liquide citrin fut constatée dans le cas n° 7, d'un volume de 400 ml; cet épanchement fut évacué chirurgicalement sans autre complication.

- la déchirure vaginale du cas n° 29 guéri facilement sous antibiotiques locaux

- Les complications thrombo emboliques ont toujours été évitées; grâce au traitement anticoagulant systématique; sauf 1 fois (cas n° 30) où une phlébite superficielle fut suspectée, et nécessita une héparinéthérapie.

- Quant aux hématomes, on a noté qu'une seule fois (cas n° 12) un petit hématome péri rectal. L'utilisation "larga manu" du drainage aspiratif par Redons, les soins apportés à l'hémostase, le tamponnement vaginal post-opératoire expliquent la rareté de cette complication.

- Signalons enfin quelques retards de cicatrisation vaginales, liés à un certain degré d'infection locale. Ceci a conduit les opérateurs à allonger systématiquement la durée de l'antibiothérapie locale et générale.

Par ailleurs, aucune incarcération vésicale, aucun granulome,aucun kyste sébacé ne furent à déplorer.

En conclusion, nous pouvons considérer que le nombre limité des complications et le fait qu'elles furent toujours aisément curables, encouragent à persévérer dans cette méthode chirurgicale.

5 - LES RESULTATS

Nous allons d'emblée préciser deux points :

1er point : Cette série présente des interventions récentes pratiquées depuis 1972; le recul est donc au maximum de 2 ans. Nous ne prétendons donc publier que des résultats immédiats et secondaires.

AFFECTION	BONS RESULTATS	RESULTATS MOYEN	ECHECS
Statique pelvienne	28 90 %	1 3,2 %	2 6,4 %
Incontinence	29 93 %	1 3,2 %	1 3,2 %

TABLEAU V - résumant les résultats.

2e point : Nous appelons résultats moyens des résultats qui n'ont pas été parfaits d'emblée mais qui secondairement se sont révélés satisfaisants après une action thérapeutique complémentaire mineure.

Nous appelon échecs des récidives partielles.

Pour commenter ces résultats nous allons les comparer à ceux qui ont été déjà publiés par d'autres auteurs.

Le tableau VI résume les résultats d'opérateurs de langue française, n'intéressant que des prothèses en tissus cutanés, destinées à traiter des I.U.E. Il s'agissait en général de hamacs antérieurs,seul Monsieur WENNER précise qu'il s'agit de montage en "Y".

Bien entendu, on ne peut comparer que ce qui est identique or, nous n'avons pas de renseignements précis en ce qui concerne la technique utilisée par ces auteurs; par ailleurs leurs cas ont été suivis en moyenne plus longtemps que les nôtre faisant parfois apparaître des récidives tardives qui n'existent pas dans notre séri par manque de recul suffisant. C'est pourquoi la comparaison ne sera que relative, donnée à titre indicatif.

Ces réserves faites, nous pouvons dire que les résultats de notre série sont dans la bonne moyenne des autres résultats publiés en ce qui concerne l'I.U.E. traitée par des techniques voisines utilisant la peau. En effet les meilleurs résultats se situent autour de 10 % d'échecs. Notre série est légèrement en dessous de ce chiffre, mais on pourra à juste titre nous objecter le nombre de cas relative-

ment faible et la durée d'observation limitée à deux ans maximum.

Analysons maintenant plus en détail les échecs enregistrés.

1 - En ce qui concerne la statique pelvienne. /

- l'échec partiel concernant le cas n° 1, il s'agissait d'un colpocèle antérieur résiduel, lié à une résection vaginale insuffisante. Une colporraphie antérieure et postérieure secondaire a résolu le problème.

- des échecs plus importants concernaient :

Le cas n° 6 : il s'agissait au départ d'un prolapsus total extériorisé, après hystérectomie subtotale, donc d'un cas difficile. Au bout de 3 mois le moignon de col apparaissait à la vulve, à l'effort. Il avait été impossible au cours de l'intervention de la fixer au ligament pré vertébral, du fait des nombreuses adhérences digestives. Le résultat sur le reste de la statique et en particulier sur l'I.U.E. était parfait.

Le cas n° 21 : Une récidive de cystocèle est apparue 9 ans après l'intervention. Une nouvelle périnéorraphie a donné un bon résultat constaté 2 ans après.

On constatera donc que sur les 3 résultats qui n'ont pas donné satisfaction, 2 se sont arrangés secondairement au prix de petites interventions. 1 seul n'intéressant que le moignon de col utérin, était quasi inévitable et n'a pu être réparé pour des raisons techniques évidentes; la seule solution était une colpectomie que la malade a refusé (58 ans).

2 - En ce qui concerne l'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT :

- le résultat moyen concernait le cas n° 17. Il s'agissait d'une légère incontinence résiduelle qui a guéri après rééducation. 15 mois après la continence était toujours bonne.

- l'échec concernait le cas n° 21 (toujours lui), rappelons qu'il s'agissait d'une psychopathe, la récidive, modérée, a été constatée au bout d'un an.

La 2e périnéorraphie antérieure, mentionnée plus haut à propos de la récidive de cystocèle a supprimé l'incontinence. Ceci a été constaté plus de 2 ans après.

En conclusion les deux échecs ont été facilement réparés.

NOMS DES AUTEURS	NOMBRE DE CAS	NOMBRE D'ECHECS sur + de 2 ANS
CERBONNET-HUGHIER PARIS 1972	76	7
Equipe de Mr. LE LORIER PARIS 1972	Avant 68 : 41 Après 68 : 53	9 (4 partiels 3 totaux)
COLIN R. Montpellier 1971	8 dont 4 après Hyst.	0
WENNER SUISSE 1968	11	2 réparés par remise en tension
WAYRE Paris 1970	10 dont 7 après Hyst.	0

TABLEAU VI - résumant les résultats récents de différents auteurs.

CONCLUSIONS

Les prothèses cutanées, telles qu'elles ont été utilisées ici, nous paraissent être le meilleur moyen actuel de traitement des INCONTINENCES URINAIRES d'effort associées aux PROLAPSUS COMPLEXES. A condition que les indications opératoires en soient posées avec rigueur et que la technique soit minutieusement appliquée, les résultats sont aussi satisfaisants que possible dans ce genre de chirurgie, au prix de complications limitées et bénignes.

Les frondes antérieures, sous urétro cervicales doivent être selon nous réservées aux seuls cas d'I.U.E. avec prolapsus antérieurs isolés, l'épaulement utérin étant parfaitement conservé. Encore faut-il ajouter que le risque non négligeable des dyskinésies cervicales post opératoires qu'elles entraînent font que les opérateurs de cette série les délaissent de plus en plus au profit des HAMACS EN "Y" en tissus CUTANE à peine plus difficiles à poser.

Les prothèses en "Y" nous paraissent en outre réaliser la méthode de choix pour traiter les I.U.E. cliniques ou potentielles, associées aux prolapsus complexes, SURTOUT en cas d'hystérectomie totale ou subtotale surajoutée ainsi qu'aux formes récidivées. Elles réalisent un soutènement large de la vessie solidement fixé en avant à l'aponévrose des grands droits, comme en arrière au col utérin. Le contact vésical se faisant par la base, large de l'Y" surtout sous le trigone, les risques de traumatismes de la jonctions urétro cervicales sont quasi nuls, évitant ainsi les dyskinésies post opératoires.

La parfaite correction des ptoses utérines et périnéales postérieures associées est INDISPENSABLE pour rétablir la solidarité du système suspensif, garant de sa solidité ultérieure.

Les avantages de la voie mixte pour une bonne mise en place de la prothèse, l'emportent selon nous sur ses inconvénients. Rappelons qu'il n'est pas question pour nous, d'utiliser pour des formes mineures, cette chirurgie relativement longue et délicate, ainsi que chez les malades très âgées ou tarées car il est exclu de prendre un risque vital pour guérir un trouble qui n'en comporte pas.

Cette technique nous paraît allier le minimum de complications pour un maximum de résultats satisfaisants, grâce à l'utilisation de la peau; les tissus alloplastiques entraînant à notre avis un taux prohibitif de déboires post opératoires pour des résultats sensiblement égaux.

On pourra à juste titre nous objecter que les cas décrits sont trop récents pour que nous puissions préjuger des résultats à long terme. Précisons que nous prétendons seulement dire que cette série est démonstrative en ce qui concerne les résultats secondaires et les complications

Certains auteurs pensent que la peau est moins solide à longue échéance que d'autres tissus. Nous restons réservés quand à cette assertion. En effet, les résultats à long terme publiés par d'autres auteurs utilisant la peau, font état d'un nombre de succès pratiquement équivalent à ceux qui utilisent d'autres matériaux.

On peut tenter d'expliquer ceci. En effet certains opérateurs, WENNER en particulier, qui ont eu l'occasion d'intervenir peu de temps après la pose de prothèse ont rapporté que le processus de sclérose qui entourait les prothèses était tel qu'il devenait quasi impossible de retrouver le tissu cutané. Le même phénomène de sclérose a également été constaté avec des tissus synthétiques. (Congrès de Tunis 1972). Par ailleurs il existe des faits qui militent en faveur

du rôle important de la sclérose.

- l'inutilité souvent constatée de la section des attaches antérieures lorsque l'on veut corriger une dyskinésie cervicale post opératoire liée à un excès de tension.

- La réciproque étant vraie, d'autres opérateurs ont constaté que malgré une désinsertion spontanée secondaire d'une ou même des deux attaches antérieures des bandelettes, le résultat fonctionnel restait bon. Ces faits ayant été constaté quel que soit le matériel utilisé (rapport du congrès de Tunis 72).

Tout se passe donc comme si une sclérose intense venait doubler puis remplacer l'effet suspensif de la prothèse. Ces dernières semblant donc agir secondairement plus par la réaction scléreuse qu'elles entraînent que par elle mêmes.

Si cette hypothèse est exacte, la nature du tissu employé n'aurait qu'une importance très limitée sur la solidité des montages à longue échéance.

Cela peut être un sujet de réflexion.

oOo

BIBLIOGRAPHIE DES OUVRAGES CONSULTES

ALDRIDGE A., JEFCOATE T., ROBERTS H.
Stress incontinence of urine.
Jour. Obst. Gynec. Brit. Em. Oct. 52, 681

ABOULKER P.
L'incontinence d'urine à l'effort chez la femme
Presse Med. Sept. 64/72/37/2157/2160

BETHOUX A., BORY S.
Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme.
Ann. de Chir. 1962/16/11/12 p.887

BETHOUX A., BORY S.
Le colpocystogramme.
Ann. de Radio. 1965,8/11/12/809

BETHOUX A., SCALI P., BLONDON J.
Physiopathologie et anatomie pathologique des prolapsus vaginaux.
Revue du Praticien 1971, 21 avril 1863

CERBONNET G., BETHOUX A., HUGHIER M.
Rapport sur l'incontinence urinaire d'effort, 24e congrès de Gynéco-Obstétrique. Supplément n°1, au T. 1, n°5, 1972, du jour de Gyn. et Obst. et Biol. repr. p.51) 93.

CERBONNET G., DALMAS H., ROCHET Y., VAYRE P.
Rapport sur les prolapsus génitaux.
72e congrès de chirurgie 1970, Presses Universitaires

CERBONNET, BETHOUX A., HUGHIER M.
Discussion du rapport sur l'IUE
24e congrès de gynéco obstétrique 1972, supp. N°2, au T.1, n°5 de 1972, de Jou. de Gyn. Obs. et bio. repr. p.233/298

CERBONNET G.
Examen clinique d'une femme atteinte de prolapsus génital.
Revue du Praticien. T. XXI, n°12, 21/avril 71, p.1887

COLIN R.
Utilisation des bandelettes de peau totale pour la chirurgie réparatrice v iscérale.
Montpellier Chir. 1971,17.3.p.223-226

CORDIER G., SENEZE J.
Base anatomiques du traitement des prolapsus.
Rapport des assises françaises de gynécol. 1954, exp. Scient.

DAJOUX R.
Apport du colpocystogramme dans le bilan préopératoire et le contrôle post opératoire des prolapsus vaginaux.
Thèse Marseille 1968.

HUGHIER J.M., CERBONNET, SCALI, BETHOUX
La miction et ses troubles au cours des prolapsus génitaux.
Mem. Acad. Chir. 1963/90/24/25, p.719

HUGHIER J., CERBONNET, SCALI, BETHOUX
Les soutènements urétro vésicaux par matériel inerte.
Enc. Med. Chir. Technique chirurgicale gyneco. 2/41/83 p.1/12

HUGHIER M.
Incontinence urinaire d'effort chez la femme.
Thèse Paris 1966

HUGHIER M., BORY, BETHOUX
Incontinence urinaire d'effort
E.M.C. Gynec. Fasc. 300 A.10

MARSCHALL V.F., MARCHETTI A., KRANTZ K.
The correction of stress incontinency by simpal vesico uretral suspension
Surgery gyn. Obs. 1949, 88/4; p/509.518

LEGER G.
Une nouvelle technique de suspension rétro pubienne du col vésical
Thèse Paris 1971

MUSSET R., POITOUT Ph.
Les prolapsus génitaux
E.M.C. Gynec. 1970, F. 290 A 10

ROBERT H.G.
Nouveau traité de technique chirurgicale
Tome XIV gync. 1970, Masson Edit.

ROCHET Y., COGNAT M., SERVAJEAN F.
A propos de 30 élytrocèles.
Journ. Gyn. Obs. et Biol. repr. 1974/T3/N°5, p.671-684

SCALI P., BLONDON J., BETHOUX A., GERARD M.
Les opérations de soutènement suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus.
Jour. Gyn. obs. et Biol. repr. 74.T3 N°3, 365 à 371

SCALI P., BETHOUX A., BLONDON J.
Les IUE après la chirurgie pelvienne etpérinéale.
Compte rendu Soc. Fse. Gyn. 1970, XL, 6, p.379

TESTART J.
Les attaches fibro ligamentaires du col vésical et de la partie supérieure de l'urètre chez la femme
Arch. Anat. Path. 1967 15/2 p.153-158

VAYRE, HEREAU
Cure des colpocèles par plaque de peau fixée au ligament de Cooper
Presse Med. 1970, 78,N°18, p.848-850

WENNER et VASTANO
Utilisation d'une bandelette de peau pour la correction chirurgicale de l'IUE.
Médecine et hygiène 22 mai 68, T.26, n°826, p.609-611

oOo

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION : 1

CHAPITRE I : Bases anatomiques : 3

CHAPITRE II : Bases physiologiques : 6

CHAPITRE III : Etiopathogénie : 9

CHAPITRE IV : Bases du traitement chirurgical : 13

CHAPITRE V : Données cliniques et paracliniques : 20

CHAPITRE VI : Techniques opératoires utilisées et indications : 25

CHAPITRE VII : Résumé des observations. 38

CHAPITRE VIII : Analyse des cas observés. 53

CONCLUSIONS 66

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES OUVRAGES CONSULTES. 69

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. MAILLARD

Vu le Doyen de la Faculté
Xavier BICHAT

Pr. BAUMANN

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET